

Primer Informe sobre
Iniciativas Especiales

**Medición de
Resultados de la
Reforma del Sector
Salud en cuanto al
Desempeño del
Sistema:
Guía de Indicadores**

Septiembre de 1997

Preparado por:

James C. Knowles, Ph.D.
Abt Associates Inc.

Charlotte Leighton, Ph.D.
Abt Associates Inc.

Wayne Stinson, Ph.D.
Abt Associates Inc.



**Partnerships
for Health
Reform**

PHR



Abt Associates Inc. # 4800 Montgomery Lane, Suite 600
Bethesda, Maryland 20814 # Tel: 301/913-0500 # Fax: 301/652-3916

En colaboración con:

Development Associates, Inc. # Harvard School of Public Health #
Howard University International Affairs Center # University Research Corporation



**Partnerships
for Health
Reform**

PHR

Misión

El Proyecto Colaboración para la Reforma de la Salud (Partnerships for Health Reform, PHR) se dedica a mejorar la salud de la población en países de ingresos medios y bajos para apoyar reformas del sector salud que garanticen acceso equitativo a servicios de atención de salud eficientes, sostenibles y de calidad. En asociación con colaboradores locales, PHR promueve un enfoque integrado para la reforma del sector salud y desarrolla habilidades locales en las siguientes áreas clave:

- > *Promover el diálogo y la participación en la formulación de las políticas de reforma en el sector salud*
- > *Desarrollar sistemas financieros equitativos y viables*
- > *Mejorar la organización y gestión de sistemas de salud*
- > *Desarrollar incentivos para promover servicios de atención médica eficaces y de calidad*

PHR avanza el conocimiento y las metodologías para desarrollar, implementar y vigilar las reformas del sector salud y su impacto, e informa y guía el intercambio de conocimientos sobre cuestiones vitales de la reforma del sector salud.

Septiembre de 1997

Citas sugeridas

Knowles, James C., Charlotte Leighton y Wayne Stinson, 1997. *Medición de Resultados de la Reforma del Sector Salud en cuanto al Desempeño del Sistema: Guía de Indicadores. Primer Informe sobre Iniciativas Especiales*. Bethesda, MD: Colaboración para la Reforma de la Salud, Abt Associates Inc.

Si desean recibir copias adicionales de este informe, diríjense al PHR Resource Center en PHR-infocenter@abtassoc.com o visiten nuestro punto de la red www.phrproject.com.

Contrato No.: HRN-5974-C-00-5024-00

Proyecto No.: 936-5974.13

Presentado a: USAID/LAC Bureau

y: Robert Emrey, COTR
Health Policy and Sector Reform Division
Office of Health and Nutrition
Center for Population, Health and Nutrition
Bureau for Global Programs, Fields Support and Research
United States Agency for International Development

Extracto

En esta guía se presentan indicadores sobre cinco dimensiones clave del desempeño del sistema de la salud: acceso, equidad, calidad, eficiencia y sustentabilidad. Estas mediciones del desempeño se consideran dentro de un marco que relaciona los vínculos entre la reforma del sector salud, los cambios en el desempeño del sistema de la salud y, en definitiva, los cambios en el estado de la salud. En este trabajo se entregan los fundamentos para analizar el desempeño del sistema como uno de los principales medios para evaluar los resultados de la reforma de este sector. A través de definiciones y análisis de cada una de las cinco dimensiones clave y la presentación y explicación de los indicadores, el objetivo es hacerlos comprensibles, accesibles y factibles de usar, de manera tal de obtener los resultados deseados.

Los indicadores se centran en el desempeño del sistema de salud como una forma de medir los resultados de esta reforma en países de ingresos medianos y bajos. Estos indicadores no tienen por objeto analizar el desempeño de servicios y programas de salud específicos o el estado de la salud de la población, sobre los cuales ya existe un consenso general. La guía reúne lo que se sabe y aplica en estos países. No emite juicios acerca del valor de los métodos utilizados en la reforma, donde hay grandes variaciones entre países y sistemas. Más bien busca capacitar a los profesionales locales y a las organizaciones de donantes en el diseño e implementación, y luego evaluación y perfeccionamiento, de las reformas de este sector, basándose en una evidencia empírica que permita obtener los resultados deseados. Asimismo, el presente trabajo busca comparar los niveles y tipos de resultados que se están logrando con este tipo de reformas a nivel internacional. Finalmente, la guía se presenta una metodología apta para seleccionar los indicadores más importantes en base al uso que se les pretenda dar en cada país.

Índice

Siglas	vii
Prólogo	ix
Agradecimientos	xi
1. Descripción general: Objetivo, definiciones y estructura de esta guía	1
1.1 Introducción y objetivo	1
1.2 Reforma del sector salud	2
1.3 Porqué y cómo enfrentan los países la reforma del sector salud	3
1.4 Fundamentos para esta guía	4
1.5 Público destinatario y utilización	5
1.6 Marco conceptual	6
1.7 Tipos de indicadores en esta guía	10
1.8 Fuentes de datos	11
1.9 Metodología y logro de consensos	11
2. Indicadores del desempeño del sistema de salud: Acceso, equidad, calidad, eficiencia y sustentabilidad	13
2.1 Indicadores de acceso	15
2.1.1 Definición de acceso	15
2.1.2 Análisis del acceso	15
2.2 Indicadores de equidad	20
2.2.1 Definición de equidad	20
2.2.2 Análisis de la equidad	20
2.2.3 Indicadores de equidad	21
2.3 Indicadores de calidad	24
2.3.1 Definición de calidad	24
2.3.2 Análisis de la calidad	24
2.3.3 Indicadores de calidad	25
2.4 Indicadores de Eficiencia	32
2.4.1 Definición de Eficiencia	32
2.4.2 Análisis de la eficiencia	32
2.4.3 Indicadores de Eficiencia	33
2.5 Indicadores de sustentabilidad	41
2.5.1 Definición de sustentabilidad	41
2.5.2 Análisis de la sustentabilidad	41
2.5.3 Indicadores de sustentabilidad	41
3. Preparación de una lista de indicadores seleccionados	45
3.1 Introducción	45
3.2 Criterios para evaluar indicadores individuales	45
3.3 Un ejemplo de puntuación de indicadores	46

Bibliografía	53
--------------------	----

Lista de cuadros

Cuadro 1	Reformas ilustrativas del sector salud: Objetivo, metas, estrategias	7
Cuadro 2	Puntuaciones individuales por criterio para los indicadores de eficiencia del sistema de la salud	49
Cuadro 3	Rangos y sumas ponderadas y sin ponderar de puntuaciones por criterio individual del Cuadro 2	51

Lista de figuras

Figura 1	Marco para evaluar los resultados de la reforma del sector salud	9
----------	--	---

Siglas

PIB	Producto Interno Bruto
HMO	<i>Health Maintenance Organization</i>
IEC	Información, Educación y Comunicación
MCH	<i>Maternal and Child Health</i>
MINSA	Ministerio de Salud
ONG	Organización No Gubernamental
PHC	<i>Primary Health Care</i>
PHR	<i>Partnerships for Health Reform</i>
USAID	<i>U.S. Agency for International Development</i>
VIH/SIDA	Virus de Inmonodeficiencia Humana/Síndrome de Inmonodeficiencia Adquirida

Prólogo

La presente guía fue elaborada por el Proyecto de Colaboración para la Reforma de la Salud (*Partnerships for Health Reform, PHR*) a solicitud de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (*United States Agency for International Development, USAID*), a fin de ser probado en la práctica por PHR en coordinación con la misiones de USAID.

El PHR ha elaborado esta guía a partir de una amplia gama de material escrito sobre el tema, y de la experiencia acumulada por su propio personal y otros expertos. Debido a la relativa novedad de los indicadores sobre la reforma del sector salud en la comunidad internacional dedicada al tema, PHR se propone llevar a cabo un análisis práctico generalizado de esta versión de la guía, y realizar ensayos dentro de los países para reunir datos, determinar su factibilidad y evaluar la interpretación del país anfitrión y la utilidad de los indicadores.

Agradecimientos

James Knowles, economista en salud en el Proyecto de Colaboración para la Reforma de la Salud, es el autor principal de cuatro de los cinco grupos de indicadores de este libro de referencias (aquellos referidos a acceso, equidad, eficiencia y sustentabilidad). Chris Grundmann, del Proyecto de Colaboración para la Reforma de la Salud, y Wayne Stinson, del Proyecto de Control de Calidad, son los autores principales de la sección que versa sobre los indicadores de la calidad. Charlotte Leighton, Asistente del Proyecto de Colaboración para la Reforma de la Salud para la Dirección Técnica, fue la autora principal de la sección Descripción General y prestó su colaboración a través de todo este documento.

El documento se vio beneficiado por los útiles comentarios de Robert Emrey de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Gary Gaumer de Abt Associates Inc., como asimismo James Setzer y Sujata Ram de la Rollins School of Public Health, Emory University, proporcionaron documentos de información básica para apoyar la elaboración de este libro. Linda Moll, Mark McEuen y Marsha Strother proporcionaron apoyo a nivel de editorial y producción.

1. Descripción general: Objetivo, definiciones y estructura de esta guía

1.1 Introducción y objetivo

En esta guía se presenta una serie de indicadores que se utilizan de manera más generalizada para las cinco dimensiones del desempeño del sistema de la salud: *acceso, equidad, calidad, eficiencia y sustentabilidad*. En esta guía, estas mediciones del desempeño se presentan en un marco que relaciona los vínculos entre la reforma del sector salud, los cambios en el desempeño de los sistemas de salud y, en definitiva, los cambios en el estado de la salud. También se entregan los fundamentos para centrarse en el desempeño del sistema como principal medio para evaluar los resultados de la reforma del sector salud.

Los indicadores y el análisis se centran específicamente en el desempeño del sistema de salud como una de las dimensiones clave del impacto de la reforma del sector, y no en la reforma en sí misma. Es decir, los indicadores buscan monitorear algunos de los resultados de la reforma del sector, aunque no intentan emitir juicios acerca del valor de algún método, política, estrategia o técnica de reforma en particular. Existen numerosos métodos y soluciones técnicas alternativas que las reformas del sector salud tratan de enfrentar, cada uno de ellos con su propio conjunto de méritos y debilidades. Si bien en muchos países el objetivo principal de la reforma del sector salud es mejorar el desempeño de este sistema, es difícil interpretar si un indicador en particular (por ej., porcentaje del financiamiento gubernamental asignado a la atención primaria o medicina preventiva, porcentaje de los servicios prestados por el sector privado) ha cambiado el desempeño del sistema en el sentido positivo o negativo, ya que puede haber variaciones de acuerdo al punto de partida de cada país, las metas planteadas para la reforma y las expectativas de los logros en el diseño del sistema de salud.

Bajo este marco de gran diversidad de políticas y sistemas, una “reforma del sector salud” y los resultados que ella podría producir implican variaciones de gran envergadura. Además, existe la incertidumbre de cómo medir los resultados de la reforma y qué indicadores son válidos para monitorear el avance en dirección al cumplimiento de las metas planteadas.

Esta guía pretende constituirse en un vehículo para facilitar el análisis y lograr consenso internacional en estos puntos, es decir, el desempeño del sistema como medida de los resultados de la reforma del sector salud, las principales categorías de indicadores para el desempeño del sistema de la salud (acceso, equidad, calidad, eficiencia y sustentabilidad) y un conjunto de indicadores ejemplificadores y específicos para estas dimensiones del desempeño del sistema. En la Sección 1.9 de esta guía se describe la metodología para lograr consensos.

Los objetivos específicos de la guía son:

- ▲ promover la evaluación y monitoreo de la reforma del sector salud en los países de ingresos medianos y bajos, de modo que las políticas y procedimientos de las reformas se puedan basar en evidencia empírica y tengan más probabilidades de lograr los resultados buscados;
- ▲ proporcionar en un único documento muchos de los indicadores considerados como los más útiles para monitorear los resultados de la reforma sectorial que pretende mejorar el desempeño del sistema de la salud;
- ▲ definir estos indicadores de manera tal que puedan ser aceptados, comprendidos y aplicados en forma coherente y generalizada a través de los programas de reforma de los distintos países; y
- ▲ generar consenso entre las autoridades responsables de formular políticas, gestores y evaluadores de los programas, investigadores y donantes internacionales, acerca de un menú de indicadores para medir los impactos en los esfuerzos de reforma del sector salud orientados a mejorar eficiencia, acceso, equidad, calidad y sustentabilidad.

1.2 Reforma del sector salud

En los análisis internacionales sobre salud, se usa cada vez con mayor frecuencia el término “reforma del sector salud” (Berman 1995; Dunlop y Martins 1995; McPake y Kutzin 1996; Leighton 1996; Walt 1994). Las personas lo usan teniendo en mente múltiples connotaciones y conjuntos de acciones específicas. A menudo, la idea generalizada acerca de lo que significa o debería significar una reforma de la salud se basa en una perspectiva explícita o implícita del sistema de salud, ya sea como un esquema simple con tres o cuatro componentes y uno o dos objetivos globales, o bien como un conjunto completo de actores, instituciones, flujos y relaciones con múltiples objetivos.

Para los efectos de esta guía, resulta más importante captar la diversidad de metas y campos de acción que engloban las reformas efectivas del sector salud, que elaborar una definición exacta de ella. La definición que aquí entregamos pretende proporcionar un esquema conceptual que pueda incluir una variedad de planteamientos específicos de los países. El proceso de reforma simplemente busca definir metas, estrategias y contenidos específicos en cada país.

En esta guía, la “reforma del sector salud” se define como un proceso que busca implementar cambios significativos a nivel nacional en las políticas, programas y procedimientos con respecto a las metas y prioridades; leyes y reglamentos; estructura administrativa y organizativa de los servicios de salud; y fuentes y mecanismos de financiamientos y asignación de recursos. Los términos “nacional” y “sector” buscan cubrir la totalidad del sistema de la salud de un país, ésto es, la medicina preventiva, curativa y/o los servicios públicos; los sectores

¿QUÉ ES LA REFORMA DEL SECTOR SALUD?

La reforma del sector salud es un proceso que aspira cambiar de manera significativa las políticas, programas y procedimientos nacionales a través del cambio de las prioridades, leyes, reglamentos, estructura administrativa y organizativa y ordenación financiera del sector salud. Las metas centrales a menudo buscan mejorar el acceso, la equidad, la calidad, la eficiencia y/o la sustentabilidad del sector.

público y privado; la atención primaria, secundaria y terciaria. La reforma del sector asimismo implica un proceso que afecta a más de un establecimiento, proveedor, programa, institución o ubicación geográfica, si bien no hay un consenso acerca del momento en que los cambios en uno o más programas individuales, o uno o más distritos, por ejemplo, se suman hasta representar una reforma de todo el sector.

Una reforma del sector salud es una acción deliberada y planificada destinada a lograr cambios permanentes en el largo plazo, no es una acción de emergencia o ad hoc. Busca solucionar los principales problemas del sistema de atención de salud de un país e involucra a muchos actores, instituciones y participantes. Si bien la mayoría de los problemas del sector salud que identifican los reformadores suelen ser relativamente “técnicos,” las soluciones requieren mucho más que sólo elaborar o aplicar la respuesta técnica “correcta”. El diseño y la implementación de la reforma del sector salud es un proceso preeminentemente político.

1.3 Porqué y cómo enfrentan los países la reforma del sector salud

En los últimos años, muchos gobiernos en todo el mundo han emprendido vastas iniciativas de política e implementación para reformar sus sectores de la salud. Estas reformas con frecuencia se centran en los medios para mejorar el acceso, la equidad, la calidad, la eficiencia y la sustentabilidad de los servicios y sistemas de la salud. Entre estas iniciativas se cuentan debates acerca de las funciones que desempeñan los respectivos sectores público y privado, las metas del sistema de la salud y los méritos relativos de la medicina curativa, preventiva y los servicios de salud públicos.

Durante el desarrollo de estos movimientos de reforma, parte del trabajo ha sido la identificación de los problemas que afectan el desempeño del sistema de la salud, las causas para una situación deficiente de la salud y las estrategias y técnicas específicas para el diseño e implementación de las reformas. Los gobiernos han emprendido iniciativas (y los donantes internacionales las han apoyado) para mejorar o mantener el desempeño de servicios de salud prioritarios específicos (por ej., salud infantil, planificación familiar), los tipos o niveles de proveedores de salud (por ej., hospitales, redes de distrito), el ordenamiento organizativo y financiero (por ej., seguros, organizaciones para el mantenimiento de la salud, estructuras descentralizadas a nivel de distritos), o la asignación de los fondos públicos (por ej., estimaciones de las cargas de enfermedades y la definición de servicios de salud eficientes en función de los costos).

Existe una amplia gama de partes interesadas en reformar el sector salud. Sus puntos de vista a menudo difieren en función del papel que desempeñan en el sistema de salud, y del punto de partida de los sistemas de atención de salud en que funcionan en la actualidad y que intentan reformar. Éstos fluctúan desde sistemas que se basan totalmente o en gran medida en servicios de salud financiados y prestados por el estado, como es el caso de las economías socialistas y en transición de la antigua Unión Soviética, Europa Oriental y África; sistemas mixtos estatales, de seguridad social y del sector privado, como aquellos que se encuentran en América Latina; organizaciones mixtas gubernamentales y no gubernamentales y los nacientes sistemas del sector privado con fines de lucro en África, Asia y el Cercano Oriente; y los sistemas mixtos estatales y “desarrollados” del sector privado del sur de África, Asia y el Cercano Oriente.

En estos sistemas tan diversos alrededor de todo el mundo, muchos funcionarios gubernamentales, personal de la salud, planificadores de la salud y otros participantes desean, en primer lugar, aumentar el

acceso a los servicios de salud y centrarse en su prestación. Los economistas de los ministerios de planificación y finanzas, como asimismo aquellos que participan en instituciones de investigación, posiblemente hagan hincapié en la eficiencia y en la rentabilidad de los servicios. Otros economistas y partidarios de la salud pública posiblemente hagan hincapié en la equidad. Algunos profesionales de la salud pública y directores de programas de salud podrán insistir en mejorar la calidad, condición de la salud y tasa de mortalidad globales de la nación, sin consideraciones de costo. Los donantes internacionales podrán insistir en la sustentabilidad de los programas y proyectos una vez finalizada su ayuda. Los consumidores desearán tener acceso a una mejor atención de salud, según su propia definición, y a precios que puedan costear.

1.4 Fundamentos para esta guía

En los debates sobre la reforma del sector salud, no siempre hay claridad acerca de las relaciones que existen entre los distintos tipos de estrategias de reforma, los tipos de reformas del sector salud que se podrían esperar y los motivos por los cuales las reformas sectoriales pueden ser importantes para la eficacia de los servicios de salud prioritarios y la salud de las personas. La misma incertidumbre existe acerca de las maneras más adecuadas para medir los resultados producidos por las iniciativas de reforma del sector salud, para monitorear los efectos de los cambios de política a fin de determinar si se están logrando los resultados deseados, o para contruir un conjunto de conocimientos que puedan ayudar a orientar las reformas a fin de cumplir de mejor manera con las metas.

Hay consenso y experiencia de evaluación relativamente sólida acerca de las metas y los indicadores para medirlas, para diversos programas y servicios de salud específicos (por ej., inmunización, planificación familiar) en países de ingresos medianos y bajos. Pero los indicadores para la reforma del sector salud que busca mejorar el desempeño de todo el sistema están mucho menos desarrollados y son mucho más polémicos. Varios indicadores para el desempeño del sistema de salud se han usado ampliamente en Europa y los Estados Unidos; algunos han sido aplicados por ciertos especialistas en países menos desarrollados. Pero el consenso a nivel técnico o de políticas es aun mucho menor en cuanto a los indicadores adecuados que deben aplicarse en estos países. Y muchas de las inciativas emprendidas no son conocidas por la comunidad internacional de salud pública en un sentido más amplio.

Esta guía está destinada a llenar estos vacíos. Ella ha sido elaborada por *Partnerships for Health Reform* (PHR, Proyecto de Colaboración para la Reforma de la Salud), en el marco del cometido que le fuera encomendado por *United States Agency for International Development* (USAID, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional) de proveer asistencia a nivel mundial con la reforma del sector salud y de preparar los indicadores relacionados para medir sus resultados. Ella representa un esfuerzo que busca reunir todo lo que se sabe y normalmente se aplica entre aquellos que se han dedicado a desarrollar y medir la reforma del sector salud en busca de mejor acceso, equidad, calidad, eficiencia y sustentabilidad de los sistemas de salud, en los países de ingresos medianos y bajos.

Al llenar estos vacíos, esta guía se centra más bien en los indicadores de desempeño a nivel de sistema (o programa), y no en los indicadores que miden los resultados de la reforma del sector salud a nivel de la población (por ej., los indicadores relacionados con la utilización de los servicios de salud por parte de la población, el comportamiento de la salud o los cambios en la salud dentro de la población). Este planteamiento muestra que el proyecto de PHR se centra en uno de los mayores vacíos que existen en la

medición y evaluación de los resultados de la reforma del sector salud. Hay muchas otras iniciativas y una buena cantidad de experiencia con indicadores que miden la utilización de los servicios de salud y su estado. Por ejemplo, las otras iniciativas de USAID en el desarrollo de indicadores se materializaron en proyectos enfocados a servicios específicos de salud y población, como los proyectos EVALUATION, POLICY, BASICS,¹ AIDSCAP,² OMNI,³ y MotherCare. La Organización Mundial para la Salud también ha dedicado considerables esfuerzos a desarrollar esquemas conceptuales que permitan evaluar la descentralización, la reforma del financiamiento de la salud y otros asuntos relacionados con el uso de indicadores para la reforma de la salud.

1.5 Público destinatario y utilización

Estos indicadores se elaboraron en el marco de PHR para ser utilizados por los diversos públicos destinatarios, entre ellos:

- ▲ Autoridades encargadas de formular políticas y directores de programas en países de ingresos medianos y bajos, los que podrían usar estos indicadores tanto para el objetivo de formular políticas (por ej., evaluar su condición actual para identificar los puntos donde pueda ser necesario adoptar reformas), como asimismo para la implementación de programas y afinamiento de políticas (por ej., para monitorear si las reformas están logrando los resultados esperados);
- ▲ Evaluadores e investigadores, quienes podrían usar los indicadores para hacer un seguimiento de los cambios en el desempeño del sistema de salud en determinados países a través del tiempo, y evaluar la efectividad de algunas reformas en el cumplimiento de los resultados esperados en países de contextos diferentes; y
- ▲ Donantes internacionales, quienes podrían usar ciertos indicadores selectos para medir los resultados que tuvo la implementación de las políticas de reforma que ellos apoyaron y realizar comparaciones a nivel internacional de la gama de posibles resultados en la reforma de la salud y los distintos niveles de desempeño del sistema, que pueden resultar de planteamientos de reforma similares en los diversos contextos.

La guía no apunta a crear “puntuaciones” para determinar directamente las asignaciones presupuestarias de los donantes a nivel nacional o internacional, ni crear comparaciones internacionales que clasifiquen a los países en base a una escala normadora. Esta guía tampoco busca establecer un único conjunto de indicadores estándar que puedan aplicarse a todos los países o crear una lista fija de indicadores “aceptables” para los resultados de la reforma del sector salud.

Los países o iniciativas de evaluación individuales no usarán todos los indicadores simultáneamente. Para la mayoría de los efectos, los usuarios seleccionarán un conjunto limitado de aquellos indicadores que resulten más atinentes para los objetivos específicos de la reforma del sector, en el contexto de cada país,

¹Basic Support for Institutionalizing Child Survival

²Acquired Immunodeficiency Syndrome Control and Prevention Project

³Opportunities for Micronutrients Initiative

así como para el objetivo específico (por ej., monitoreo, investigación, establecimiento de políticas). En la sección final de esta guía se presenta una metodología que puede ser usada para preparar una breve lista de indicadores adaptados a objetivos y circunstancias específicas.

1.6 Marco conceptual

En la mayoría de los casos, los ministerios de salud emprenden la reforma del sector salud con la meta de mejorar el desempeño del sistema de la salud de su país, de modo de permitir un mayor acceso a servicios de salud de mejor calidad, y/o hacerlo más eficiente, equitativo y sustentable. Muchos ministerios, proveedores de servicio e investigadores han individualizado características que son el motivo del deficiente desempeño de sus sistemas de salud. Estas características incluyen: deficiente calidad, insuficiente financiamiento, uso ineficiente de los recursos disponibles, asignación inadecuada de los recursos para servicios de salud eficientes en función de los costos, falta de incentivos para los trabajadores del sector salud para proporcionar servicios de calidad, reglamentaciones inadecuadas o barreras poco apropiadas para una prestación de servicios de salud por parte del sector privado, distribución no equitativa de los recursos entre las áreas urbanas y rurales y entre la población pobre y la más acomodada y altos gastos en salud a nivel de hogar aun en sistemas de “atención gratuita”.

En general, los problemas que buscan abordar los ministerios están interrelacionados y requieren una combinación de estrategias de reforma. Estas estrategias, a la vez, frecuentemente afectan a más de una dimensión o nivel del sistema de salud (por ej., tanto a la atención primaria como secundaria, tanto al financiamiento como la gestión de la prestación de servicios) y a más de una de las metas de la reforma (por ej., tanto a la eficiencia como la sustentabilidad). Asimismo, pueden producir efectos buscados y no buscados, o resultados positivos para una de las metas, pero negativos para otra. Por ejemplo, las mejoras en la sustentabilidad financiera pueden tener resultados negativos para la equidad, a menos que se apliquen medidas compensatorias para proteger a los pobres.

De importancia similar, algunas estrategias técnicas específicas usadas para encarar estos problemas de desempeño también requieren de acciones institucionales, de política y de gestión, (por ej., logro de consenso, superación de restricciones burocráticas y descentralización de la autoridad) para abordar la variedad de obstáculos de organización y políticos que enfrenta la reforma del sector salud. Las estrategias técnicas normalmente no bastan por sí mismas para lograr las metas deseadas. Más aún, los indicadores de desempeño del sistema posiblemente no sean capaces de captar una visión global de los resultados de la reforma.

En el Cuadro 1 se muestran algunas de las metas más importantes de la reforma del sector salud, identificadas por los ministerios para mejorar el desempeño del sistema pertinente, junto con algunos estrategias e impactos o metas secundarias de ejemplo.

Cuadro 1. Ejemplos de reformas del sector salud: Objetivo, metas, estrategias		
Objetivo global de la reforma del sector salud: Mejorar la condición de la salud		
Estrategia (Técnica)	Meta(s) primaria(s) esperadas(s)	Meta(s) o impacto(s) secundario(s)
Cambio de leyes y reglamentos entregar exenciones tributarias para bienes básicos de salud pública importados; permitir el ejercicio privado de la medicina; fortalecer la concesión de licencias y certificación de competencia; permitir el pluriempleo para el personal de la salud pública; clarificar las reglamentaciones del seguro para facilitar los seguros de salud	Acceso	Sustentabilidad financiera Calidad
Recaudación de ingresos tarifas a los usuarios; planes de seguro y esquemas de prepago para mancomunar los riesgos y facilitar la movilización de recursos para la salud	Calidad Sustentabilidad financiera	Equidad Acceso Eficiencia
Reasignación de recursos aumentar la participación presupuestaria del Ministerio de Salud (MINSA) en la atención de salud primaria y paquetes de servicios eficientes en función de los costos; reducir los subsidios gubernamentales para hospitales; desplazar el tratamiento del virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) de los hospitales	Eficiencia Costo-eficiencia	Equidad Calidad Sustentabilidad financiera
Desarrollo de una organización alternativa de recursos para la prestación de los servicios aumentar la función de los proveedores privados; establecer Health Maintenance Organization (HMO); incorporar proveedores de salud basados en los empleadores; descentralizar las responsabilidades del MINSA en los servicios de salud a nivel regional y de distrito	Eficiencia Costo-eficiencia	Acceso Sustentabilidad financiera

Es posible, por ejemplo, recaudar fondos a través de tarifas a los usuarios con el objetivo principal de lograr algún tipo de mejora en la calidad o promover la sustentabilidad financiera. Las tarifas a los usuarios también afectan de algún modo (y pueden diseñarse deliberadamente así) los objetivos de equidad, acceso y eficiencia. Asimismo, la mayoría de las reformas sectoriales que relacionadas con seguros y tarifas a los usuarios afectarán la utilización de los distintos tipos de servicios de salud (por ej., curativa vs. preventiva) a diferentes niveles del sistema (por ej., hospital vs. centro de salud); la eficiencia con que los proveedores usan los recursos; y si los usuarios gastan su dinero en salud de manera eficiente en relación a los costos. Además, al adoptar o aumentar la cobertura del seguro o de las tarifas a los usuarios, es probable que los diversos grupos de la población se vean afectados de diferente manera, lo que afecta la equidad o el acceso geográfico o financiero a los servicios de salud.

Es así que la evaluación de las reformas de la salud resulta muy compleja y a menudo produce incertidumbre respecto a los indicadores que se deben usar para un fin determinado. El diseño del esquema conceptual en que se basan los indicadores que se presentan en esta guía busca arrojar luz sobre algunos de estos problemas y clarificar algunas de las principales maneras en que la reforma del sector salud afecta a los servicios de salud, el comportamiento de las personas y, finalmente, el estado de salud de la población.

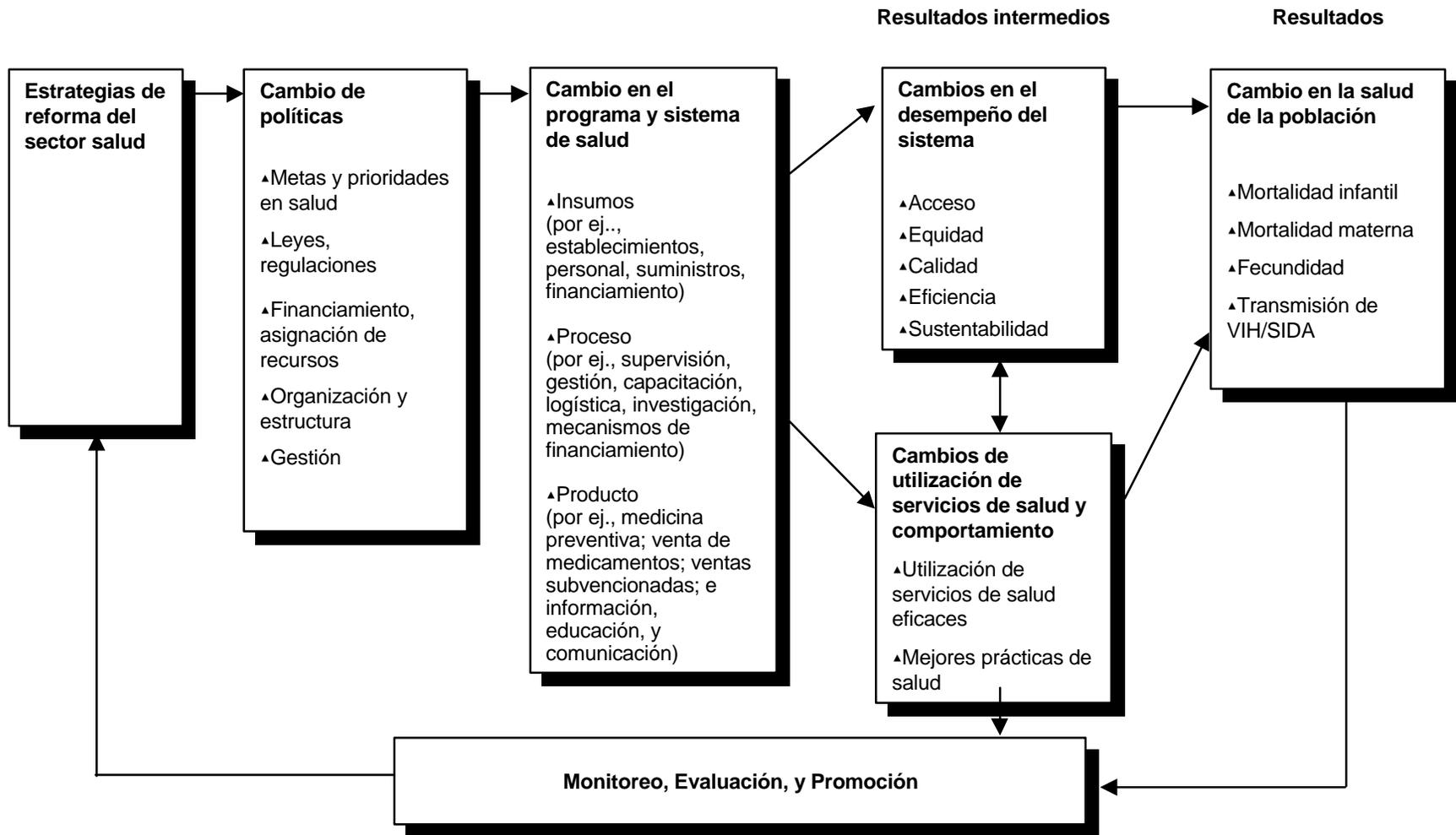
El esquema de la Figura 1 ilustra los principales caminos que conducen de la reforma del sector salud a una mejor salud de la población, e incluye el proceso de intercambio de información que permite ajustar periódicamente las reformas, afinarlas y corregirlas a mitad de camino. Además de mostrar cómo las reformas del sector pueden influir en el estado de salud, el esquema también se puede utilizar para rastrear en forma retrospectiva a partir de los indicadores de un estado de salud deficiente, identificando algunos de los obstáculos dentro del sistema de salud que debe abordar la reforma antes de que sea posible mejorar la salud de las personas. Este esquema está diseñado para poner en perspectiva a la función con un mejor desempeño dentro del sistema y fijar los contextos para interpretar los indicadores de esta guía.

En este esquema, las estrategias de la reforma del sector salud conducen a cambios de políticas en diversos frentes (por ej., legal, financiero, de organización). Estos cambios de políticas, a su vez, generan cambios en los procedimientos que dicen relación con los insumos (financiamiento, personal), los procesos (supervisión, administración) y los productos (servicios de atención de salud; medicamentos; suministros; información, educación, y comunicaciones [IEC]) acerca de los sistemas y programas de salud. Los cambios generados en estos insumos, procesos y productos como resultado de las estrategias de reforma de la salud son los que finalmente conducen a un desempeño diferente (mejor) del sistema (medido por los indicadores de acceso, equidad, etc.) y una utilización diferente de los servicios (medida por el cambio de comportamiento de la población usando los indicadores de utilización de los servicios, procedimientos de búsqueda de atención médica y estilos de vida, entre otros).

Juntos, estos dos conjuntos de resultados “intermedios”, es decir, los cambios en el desempeño del sistema y la utilización de los servicios, están directamente relacionados con los cambios en la salud de la población, según se mida, por ejemplo, por los cambios en las tasas de mortalidad y fertilidad. Si bien hay muchos otros factores en el medio ambiente, la economía y la sociedad que también afectan la salud de las personas, en la Figura 1 sólo se ilustran los aspectos clave del rol que desempeña el sistema de salud. Es también importante hacer notar que en la Figura 1 no se destaca en detalle el impacto de la demanda y el comportamiento de las personas por salud, y su estado de salud, como tampoco la relación que hay entre la reforma de salud y los cambios en el comportamiento y la demanda por servicios de salud.

En el esquema de la Figura 1 se explicita principalmente el aspecto de la oferta de los cambios inducidos por la reforma del sector salud. Los caminos a través de los cuales la reforma de la salud puede afectar la demanda por servicios de salud o cambios de comportamiento relacionados con la salud, sólo sirven de base y se resumen en la única celda sobre cambio de comportamiento y utilización (esquina inferior derecha de la Figura 1). Este aspecto de la oferta en que se basa el esquema de la guía es el adecuado, puesto que las iniciativas de la reforma del sector salud que buscan cambiar el desempeño del sistema (en lo que se centra la presente guía), principalmente abordan y se miden a través de los cambios en los insumos, procesos y productos del suministro y prestación de los servicios de salud.

Figura 1
Marco para evaluar los resultados de la reforma del sector salud



Existen diversos planteamientos para explicar los cambios en el comportamiento y la demanda por servicios de salud, dependiendo del o de los principales servicios de salud que interesan (por ej., planificación familiar, salud materno-infantil, medicina preventiva, atención primaria u hospitalaria) y dependiendo de la principal perspectiva y base teórica del análisis (por ej., económica, educación en salud, antropología médica). Son escasos los trabajos llevados a cabo para elaborar estos diversos modelos en el contexto del desarrollo de indicadores de evaluación y desempeño de programas que intentan cambiar la demanda o el comportamiento. La planificación familiar representa uno de los servicios donde se ha realizado un intento relativamente sistemático para este efecto. (Véase, por ejemplo, Bertrand, Magnani y Knowles 1995.) Sin embargo, hasta el momento no se ha realizado ninguna investigación para elaborar un esquema que permita hacer un seguimiento de las interacciones entre la reforma del sector salud y los cambios en la demanda y el comportamiento relacionado con la salud. Esta iniciativa será el tema de otro trabajo en el marco de PHR, aunque escapa al horizonte de esta guía.

1.7 Tipos de indicadores en esta guía

Entre los indicadores que se incluyen en esta guía no están todos aquellos que se podrían usar para medir el desempeño del sistema de salud. Con el objetivo de generar una base para el análisis, en la guía se incluyen muchos de los indicadores más comunmente usados para cada una de las dimensiones de desempeño, y aquellos para los se que pueden disponer de datos sin muchas dificultades. Varios de estos indicadores pueden usarse para medir más de una dimensión en el desempeño del sistema de la salud (por ej., tanto la equidad como el acceso) y podrían haber sido incluídos en una categoría distinta de aquella aquí escogida. El esquema conceptual propuesto en esta guía busca servir de instrumento para ayudar a elaborar indicadores adicionales y para clasificarlos de manera de adaptarse al contexto y los objetivos específicos de cada país, manteniéndose sin embargo coherentes con un enfoque de evaluación común.

Esta lista tampoco es exhaustiva para medir los resultados de todas las iniciativas llevadas a cabo en la reforma del sector salud. Por ejemplo, la guía no incluye indicadores para los resultados de las iniciativas de reforma del sector salud que buscan afectar otras dimensiones distintas al desempeño del sistema (por ej., indicadores para reformas que buscan inducir cambios en el marco de políticas, o en programas o servicios específicos de salud, nutrición y población).

Los indicadores de esta guía son fundamentalmente mediciones continuas o a intervalos, como valores numéricos, tasas y porcentajes (por ej., costos por admisión hospitalaria: porcentaje de visitas de pacientes ambulatorios derivados por el sector privado; porcentaje del gasto gubernamental en salud orientado a la atención primaria; porcentaje de contactos con pacientes donde el tratamiento recibido es coherente con los protocolos nacionales de diagnóstico y tratamiento, inclusive con los principios rectores para la interacción usuario-proveedor). Asimismo, muchos se clasifican de manera dicotómica como “sí” o “no” (por ej., existencia de normas nacionales para los establecimientos, entre ellos mecanismos de fiscalización).

Los intentos de clasificar o jerarquizar los indicadores del desempeño del sistema de la salud de acuerdo a normas uniformes es en gran medida prematuro y en muchos casos está relacionado con los diversos criterios acerca de las metas del sistema de salud. Por ejemplo, no hay consenso acerca del porcentaje “adecuado” o “efectivo” de financiamiento nacional o gubernamental que deba dedicarse a la atención primaria o a la atención hospitalaria. Tampoco hay consenso acerca de los porcentajes de gasto en

personal con respecto al resto de los insumos; o de los servicios que deban prestar los proveedores de servicios de salud del sector privado; o de los servicios cubiertos por el seguro social o privado con respecto a la prestación o financiamiento directo del gobierno.

Si bien puede existir un cierto nivel de acuerdo acerca de los límites máximos de estos porcentajes y proporciones, no existe ninguna norma internacional. Esta guía, volverá a examinar este tema mediante discusiones destinadas a alcanzar consenso sobre la posibilidad de identificar un selecto grupo de indicadores a ser incluidos en un sistema internacional uniforme de puntuación.

Se asume que los indicadores que se presentan en esta guía son mediciones empíricas de las cinco dimensiones del desempeño del sistema de la salud (acceso, equidad, calidad, eficiencia y sustentabilidad). Un indicador “válido” es aquel que está muy relacionado (esto es, correlacionado) con el factor observado en que se basa. Gran parte del siguiente análisis de indicadores individuales se centra en identificar si el indicador propuesto es válido para una o más de las dimensiones.

1.8 Fuentes de datos

Los indicadores que se incluyen en esta guía se basan en datos que son de acceso relativamente fácil, ya sea porque se encuentran en fuentes secundarias de disponibilidad más bien general que usan definiciones comunes a través de los países (por ej., bases de datos del Banco Mundial o de la Organización Mundial de la Salud, encuestas demográficas o de salud) o en documentos del país receptor (por ej., presupuestos del ministerio de salud, sistemas de manejo de información o sistemas de información de salud; documentos del ministerio de planificación o finanzas; estimaciones y evaluaciones de proyectos de donantes). En algunos casos, pueden ser necesarias encuestas especiales de hogares, usuarios o proveedores de atención médica.

Si bien es probable que para cualquier conjunto de 10 o más indicadores se usen varias fuentes, los usuarios a menudo pueden elaborar una breve lista de indicadores para los objetivos específicos que sólo necesitan una inversión modesta en la recopilación primaria de datos. También es posible minimizar los costos preparando una lista breve de indicadores que deben reunirse solamente cada tres o cinco años.

1.9 Metodología y logro de consensos

PHR elaboró esta guía a partir de una gran cantidad de material escrito, experiencias, y procedimientos que abordan la problemática de la reforma del sector salud, sus resultados y los intentos de medir el cambio en el desempeño del sistema de salud. Para el desarrollo del Proyecto, se han consultado numerosos expertos y los autores se han beneficiado de los esfuerzos realizados por terceros por elaborar indicadores y metodologías de evaluación para servicios de salud específicos. Sin embargo, y debido a la relativa novedad dentro de la comunidad internacional de la salud de estos tipos de intentos, el proyecto contempla la realización de un amplio espectro de análisis prácticos a partir de esta versión de la guía. Estos análisis se utilizarán para redefinir y enriquecer los indicadores que aquí se presentan, resolver

asuntos esenciales tanto técnicos como de políticas, y llegar a un mayor consenso y comprensión del menú de indicadores que se puedan aplicar en diversos contextos.

El proceso de creación de consenso se pretende llevar a cabo en sesiones de consulta con los usuarios destinatarios (autoridades encargadas de formular políticas, directores de programas, investigadores y representantes de donantes internacionales), para evaluar los aspectos técnicos y la importancia de los indicadores que aquí se proponen y encontrar alternativas. Asimismo, durante el Proyecto, se realizará un conjunto sistemático de ensayos dentro de países representativos, a fin de reunir datos, determinar su aplicabilidad y evaluar la interpretación y utilidad de los indicadores para el país receptor. En el marco del proyecto de PHR, también se distribuirá la guía a un gran número de colegas en instituciones internacionales, y se estimulará a los lectores a presentar sus comentarios, probar los indicadores e informar acerca de su utilidad.

2. Indicadores del desempeño del sistema de salud: Acceso, equidad, calidad, eficiencia y sustentabilidad

Indicadores de acceso

Acceso físico

- ▲ Porcentaje de la población (rural, pobre) que vive dentro de una distancia de X kilómetros de un establecimiento de salud
- ▲ Porcentaje de la población (rural, pobre) que vive dentro de una distancia de X kilómetros de un establecimiento de salud que entrega un paquete de servicios de salud básicos
- ▲ Porcentaje de la población (rural, pobre) que vive dentro de una distancia de X kilómetros de un establecimiento de salud dotado de un médico
- ▲ Porcentaje de la población (rural, pobre) que vive dentro de una distancia de X kilómetros de una farmacia
- ▲ Porcentaje de la población que vive dentro de una distancia de X kilómetros de un hospital
- ▲ Porcentaje de la población que vive dentro de una distancia de X kilómetros de un hospital que entrega atención de emergencia (obstétrica) las 24 horas del día
- ▲ Porcentaje de la población que cuenta con servicios de ambulancia las 24 horas del día
- ▲ Porcentaje de los establecimientos de salud equipados con teléfono o radio
- ▲ Porcentaje de la población que vive a más de X kilómetros de un establecimiento de salud que está cubierto por servicios de asistencia médica móvil
- ▲ Población por médico
- ▲ Población por enfermera
- ▲ Población por cama de hospital

Acceso económico

- ▲ Costo privado promedio total de los episodios de enfermedades de pacientes ambulatorios tratados profesionalmente, como porcentaje del ingreso mensual per cápita del hogar para los usuarios que se encuentran en el quintil de ingreso per cápita más bajo
- ▲ Costo privado promedio total de los medicamentos para un típico episodio de enfermedad de un paciente ambulatorio, como porcentaje del ingreso mensual per cápita del hogar para los usuarios que se encuentran en el quintil de ingreso per cápita más bajo
- ▲ Costo privado promedio total de una estadía hospitalaria promedio como porcentaje del ingreso anual per cápita del hogar, para los usuarios que se encuentran en el quintil de ingreso per cápita más bajo
- ▲ Tarifa promedio cobrada por visita de paciente ambulatorio por el establecimiento de salud ambulatorio público más cercano
- ▲ Costo promedio por día de hospitalización en el hospital público más cercano

2.1 Indicadores de acceso

2.1.1 Definición de acceso

Por norma general, el concepto “acceso” se refiere a la presencia o ausencia de barreras físicas o económicas que pueden enfrentar las personas para usar los servicios de salud. Por barreras físicas, por lo general se entienden aquellas relacionadas con la disponibilidad y suministro general de los servicios de salud y la distancia a que se encuentran los establecimientos de salud. Por barreras económicas, por lo general se entienden aquellas relacionadas con el costo de buscar y obtener atención médica, con respecto a los ingresos del paciente o del hogar. Muchas de las características del “acceso” también están incluidas en las definiciones de los aspectos estructurales de las evaluaciones de la calidad de la atención.

2.1.2 Análisis del acceso

Muchas de las iniciativas de reforma del sector salud otorgan una máxima prioridad al mejoramiento del acceso y lo consideran la dimensión más importante del desempeño del sistema de salud que requiere ser fortalecido. Una de las prioridades de la reforma del sector salud es ampliar el acceso a servicios de salud eficaces en función de los costos, que maximicen el impacto en los resultados de salud para la población.

En algunos casos, mejorar el acceso puede implicar la necesidad de prestar servicios gratuitos o aún pagar un incentivo a los usuarios. Por ejemplo, con mucha frecuencia se han pagado incentivos a quienes aceptan servicios de planificación familiar, en especial en países asiáticos. En otros casos, puede significar que los servicios se lleven hasta la misma puerta del usuario, a fin de reducir a cero los costos de transporte y de tiempo.

Asimismo, las iniciativas de reforma para mejorar el acceso pueden o no ser compatibles con las metas de las reformas por eficiencia y equidad. Por ejemplo, si bien la proximidad a los servicios básicos de salud es deseable, puede resultar poco eficiente asignar la cantidad suficiente de recursos para que cada pueblo cuente con un centro de salud u hospital. Por otra parte, las reformas para promover la equidad pueden exigir que se concentren los esfuerzos en mejorar la accesibilidad geográfica de las comunidades más pobres.

Los indicadores analizados a continuación se relacionan directamente con las mediciones, a nivel de sistema o programa, de la presencia o ausencia de las barreras físicas y económicas más comunes a los servicios de salud. El resultado y éxito definitivo de encarar estos problemas de barreras se mediría en base a los cambios en la utilización de los servicios de salud por las personas (mediciones a nivel de población). Estos últimos indicadores se incluirán en la versión revisada de esta guía después de las pruebas prácticas.

2.1.3 Indicadores de acceso

Acceso físico

- ▲ Porcentaje de la población (rural, pobre) que vive dentro de una distancia de X kilómetros de un establecimiento de salud
- ▲ Porcentaje de la población (rural, pobre) que vive dentro de una distancia de X kilómetros de un establecimiento de salud que entrega un paquete de servicios de salud básicos
- ▲ Porcentaje de la población (rural, pobre) que vive dentro de una distancia de X kilómetros de un establecimiento de salud dotado de un médico
- ▲ Porcentaje de la población (rural, pobre) que vive dentro de una distancia de X kilómetros de una farmacia

Estos indicadores son mediciones del acceso físico a los servicios de salud primaria. En los lugares en que el acceso físico no representa un problema para las mediciones urbanas, los indicadores se deben aplicar solamente a la población rural. De manera alternativa, para los problemas de equidad (analizados más adelante), se pueden medir estos indicadores con respecto a la población pobre (por ej., el quintil del ingreso más bajo).

La distancia específica (X) puede variar de un contexto a otro, dependiendo de los medios de transporte disponibles y la calidad de los caminos (la distancia que normalmente se usa para estos indicadores es de 3 ó 5 kilómetros). Las mediciones de distancias con frecuencia se encuentran en las estadísticas de salud de los gobiernos y su disponibilidad será cada vez mayor con la ayuda de los sistemas de información geográficos. En la actualidad, las estimaciones casi siempre se preparan manualmente en base a los datos de censos demográficos y mapas que muestran la ubicación de los establecimientos de salud.

En ocasiones, en lugar de la distancia, se toma como indicador el tiempo necesario para viajar a los establecimientos. Sin embargo, los indicadores basados en el tiempo son sensibles al medio de transporte disponible. En otros casos, también se usa el costo del transporte, ya sea como un indicador alternativo o agregado a una estimación como el costo de oportunidad del tiempo de viaje (que algunas veces se menciona como “precio de acceso”). Sin embargo, no es tan fácil recopilar datos sobre el costo del viaje o tiempo, como es el caso de aquellos sobre la distancia.

- ▲ Porcentaje de la población que vive dentro de una distancia de X kilómetros de un hospital
- ▲ Porcentaje de la población que vive dentro de una distancia de X kilómetros de un hospital que presta atención de emergencia (obstétrica) las 24 horas del día
- ▲ Porcentaje de la población que cuenta con servicio de ambulancia las 24 horas del día
- ▲ Porcentaje de los establecimientos de salud equipados con teléfono o radio

Estos son indicadores similares del acceso a los servicios hospitalarios (la distancia que normalmente se usa para estos indicadores es de 10 ó 15 kilómetros).

- ▲ Porcentaje de la población que vive a más de X kilómetros de un establecimiento de salud, que está cubierta por servicios de asistencia médica móvil

Este es un indicador del acceso a servicios de extensión entre la población ubicada en áreas remotas (la distancia que normalmente se usa para estos indicadores es de 3 ó 5 kilómetros).

- ▲ Población por médico
- ▲ Población por enfermera
- ▲ Población por cama de hospital

Estos son indicadores básicos que se encuentran con facilidad y que se llaman “razones de servicios” y que en ciertas ocasiones se usan como mediciones del acceso. Dado que el personal de salud y los hospitales con frecuencia están ubicados principalmente en las áreas urbanas y no son de fácil acceso para la población rural, estos indicadores quizás no sean mediciones válidas para el acceso de la población rural.

Acceso económico

- ▲ Costo privado promedio total de los episodios de enfermedades de pacientes ambulatorios tratados profesionalmente como porcentaje del ingreso mensual per cápita del hogar, para los usuarios que se encuentran en el quintil de ingreso per cápita más bajo
- ▲ Costo privado promedio total de los medicamentos para un típico episodio de enfermedad de un paciente ambulatorio como porcentaje del ingreso mensual per cápita del hogar, para los usuarios que se encuentran en el quintil de ingreso per cápita más bajo
- ▲ Costo privado promedio total de una estadía hospitalaria promedio como porcentaje del ingreso anual per cápita del hogar, para los usuarios que se encuentran en el quintil de ingreso per cápita más bajo

Estos indicadores miden la dimensión económica del acceso a la atención curativa. Se pueden definir indicadores similares para la medicina preventiva. Al incluir los costos *totales* (es decir, honorarios, costos de transporte, medicamentos), éstos reconocen que las tarifas formales que cobran los establecimientos en ocasiones representan una parte relativamente pequeña de los gastos totales en que incurren los hogares que buscan servicios de salud. Los gastos en medicamentos y transporte a menudo son mucho mayores.

También se incluye un indicador separado exclusivamente para el costo total de los fármacos y medicamentos. Esto se debe a la alta participación de este componente del gasto en salud en la mayoría de los presupuestos de los hogares de países de ingresos bajos y medianos. Los hogares normalmente compran los medicamentos directamente en las farmacias o mercados informales, sin consultar a un proveedor de un establecimiento de salud formal.

El inconveniente de estos indicadores es que requieren datos provenientes de una encuesta de gastos en salud a nivel de hogar. Si bien en principio tales datos se podrían obtener de los registros hospitalarios, ellos no incluirían la porción del gasto privado adicional incurrido al del pago realizado en el establecimiento (por ej., para medicamentos, insumos, alimentación, transporte y alojamiento).

Estos indicadores se centran en las estimaciones del gasto total para pacientes dentro del quintil de gasto más bajo. Ello se debe a que en muchos países las tarifas que se cobran fluctúan de acuerdo al ingreso, y a que el acceso económico se constituye en la mayor barrera cuando se busca y obtiene atención de salud en el nivel de ingreso más bajo. A niveles de ingreso más altos, el costo de buscar y obtener atención no representa la misma barrera y cada vez recibe menor atención en las reformas del sector salud que se emprenden para “mejorar el acceso” en países de ingresos medianos y bajos.

- ▲ Tarifa promedio cobrada por visita de un paciente ambulatorio por el establecimiento de salud público ambulatorio más cercano
- ▲ Costo promedio por día de hospitalización en el hospital público más cercano

Estos indicadores miden el acceso en términos económicos a la atención de salud. Es fácil obtenerlos en los establecimientos de salud y, en los casos en que se cobraron tarifas uniformes, en los gobiernos centrales. Sin embargo, sólo incluyen el componente formal de la tarifa del costo privado total, el que normalmente es un componente relativamente pequeño del costo privado total, según ya se mencionara más arriba. Más aun, cada establecimiento de salud a menudo cobra tarifas más altas que aquellas autorizadas oficialmente y/o cobra diferentes tarifas a distintos usuarios por el mismo servicio. Esta información tarifaria debería compararse con las mediciones de ingresos de otros pacientes, a fin de obtener una medición de la capacidad de pago y de evaluar si implica una barrera al acceso o no.

Indicadores de equidad

- ▲ Relación entre los subsidios de salud gubernamentales recibidos y el ingreso total recibido por el grupo de ingreso
- ▲ Relación entre el coeficiente de Gini para los subsidios de los servicios de salud públicos y el ingreso total (o gasto total)

2.2 Indicadores de equidad

2.2.1 Definición de equidad

El concepto de equidad, en lo que hace a su relación con los sistemas de salud, se puede referir indistintamente a diferencias en el *estado, utilización o acceso* a la salud entre diferentes grupos de ingresos, socioeconómicos, demográficos, étnicos y/o de género. La mayoría de las iniciativas en la reforma del sector salud orientadas hacia el desempeño del sistema en países de ingresos medianos y bajos, se concentran en definiciones de equidad relacionadas con el acceso y la utilización.

Es probable que el término equidad se considere principalmente como equidad en el acceso a los servicios de salud en la mayor parte de estas reformas. Entonces surge una pregunta relacionada: ¿Debería todo el mundo tener el mismo acceso a todos los servicios o solamente a un conjunto limitado de servicios de salud básicos? A medida que avanza la tecnología médica y los gobiernos se percatan de su limitada capacidad fiscal para proporcionar el mismo acceso a todos los servicios de salud, la definición de equidad que más se acepta es aquella más restringida.

Casi idéntica en su énfasis en las iniciativas de reforma es una definición de equidad que se refiere a las desigualdades de acceso y utilización a través de distintos grupos de ingresos, esto es, centrada en la equidad para los “pobres” o de “protección a los pobres”. Desde este punto de vista, las reformas para mejorar la equidad focalizarían los subsidios del gobierno en los pobres, establecerían encuestas sobre los medios económicos y exenciones de tarifas basadas en los ingresos, y/o tomarían medidas para eliminar las barreras al acceso físico de los grupos de menores recursos.

2.2.2 Análisis de la equidad

Si bien hay un consenso cada vez mayor acerca de la necesidad de entregar acceso universal (o casi universal) a un paquete básico de servicios de salud (y no a todos los servicios de salud), el acuerdo acerca de los tipos de servicios que deberían incluirse en el paquete es menor. Algunas iniciativas de reforma apoyan un paquete de servicios de salud básicos que se limite a aquellos más eficientes en función de los costos para enfrentar los problemas de salud más importantes de un país (su “carga de enfermedades”), argumentando que con tal criterio se lograría el mayor impacto en la salud por dólar de gasto gubernamental.

Desde este punto de vista, una medición del acceso al paquete de servicios de salud básicos, a través de toda la población, representaría un indicador directo de la equidad. En estos casos, también sería útil incluir indicadores para medir la equidad de la utilización, ya que la demanda por estos servicios básicos y/o costo-eficaces podría o no aumentar a medida que se reducen las barreras físicas y económicas o éstas se vuelven insignificantes. En gran parte de los textos donde se examina la demanda por atención de salud se indica que la demanda de muchos de estos servicios es baja. Si la demanda de estos servicios costo-

eficaces no aumenta lo suficiente (es decir, si es relativamente poco elástica), un acceso universal a este paquete tendría poco impacto en la utilización o en el estado de salud.

Otras reformas que intentan promover la equidad se centran en los esfuerzos por eliminar las barreras económicas que afectan el uso de cualquier tipo de servicio de salud requerido por las personas. En este caso, los indicadores apropiados podrían ser aquellos relacionados con la disponibilidad o cobertura del seguro de salud (el que mancomuna el riesgo financiero y genera más equidad entre los enfermos y no enfermos al pagar por la atención de salud). En las reformas que buscan reducir la falta de equidad en la utilización de los servicios de salud debido a desigualdades en los ingresos, se podrían considerar apropiados los indicadores que se refieren a la efectividad de la focalización geográfica de los subsidios, encuestas sobre los medios económicos, exenciones o exoneraciones de tarifas u otros mecanismos para protección de los pobres u otros grupos vulnerables de la población.

2.2.3 Indicadores de equidad

Si la equidad se define principalmente en términos de garantizar el acceso en general o el acceso universal a un paquete de servicios de salud básicos o costo-eficaces en particular, los indicadores de acceso analizados anteriormente se pueden modificar y calcular a través de la población o bien, con la ayuda de tasas de cobertura que comparan el acceso de distintos ingresos, por grupos socioeconómicos, demográficos, étnicos, geográficos u otros considerados especialmente subatendidos.

Cuando la desigualdad en el ingreso es el tema principal que se desea abordar, también pueden usarse otros indicadores para medir la incidencia de los subsidios recibidos de los sistemas de salud públicos. Estos otros indicadores miden los resultados de las reformas de la salud para mejorar la equidad a nivel de población, a diferencia de los resultados a nivel de sistema o programa incluidos en la mayor parte de esta guía. En la siguiente versión de esta guía, después de su comprobación práctica, se incluirán y analizarán indicadores adicionales de los resultados en equidad a nivel de población, los que se centrarán especialmente en la protección de los pobres. Entre los ejemplos, podemos mencionar: el porcentaje de exenciones tarifarias para servicios de salud otorgados a la quinta parte más pobre de la población; porcentaje de esta quinta parte más pobre que busca atención de salud y recibe una exención tarifaria; relación entre la utilización de los servicios de salud de esta misma parte de la población y la utilización por parte de otros quintiles de ingreso.

- ▲ Relación entre los subsidios de salud gubernamentales recibidos y el ingreso total recibido por el grupo de ingreso
- ▲ Relación entre el coeficiente de Gini para los subsidios de los servicios de salud públicos y el ingreso total (o gasto total)

Estos indicadores miden el grado en que la distribución de los subsidios de salud gubernamentales favorece a los pobres (es decir, redistribuye el ingreso de los ricos a los pobres). Se hace notar que aún los sistemas de salud gubernamentales que entregan subsidios significativamente más altos en términos per cápita a los ricos que a los pobres de todos modos benefician a los pobres, por la sutileza de que la distribución de los subsidios es *más igualitaria* que la distribución del ingreso en que se basa.

Para calcular estos indicadores, se necesita información sobre los gastos públicos en salud (esto es, subsidios) asignados a cada tipo de proveedor (por ej., hospitales centrales, provinciales y de distrito, policlínicos, centros de salud, postas), como asimismo datos sobre el número de unidades de servicio entregados por cada tipo de proveedor durante el mismo período utilizado para los datos sobre los gastos públicos (normalmente un año). Estos datos se usan para calcular los subsidios públicos unitarios por los servicios prestados por cada tipo de proveedor. Luego, con la ayuda de datos a nivel de hogar provenientes de una encuesta de gastos en salud, se estima el número de unidades por cada tipo de servicio consumido por los distintos grupos durante un determinado período de referencia. En estos análisis se suele determinar que los grupos de ingresos más altos consumen mucho más de aquellos servicios que reciben subsidios unitarios más elevados (esto es, servicios de hospitales centrales y provinciales) y por ende, obtienen una porción sustancialmente más alta del total de los subsidios públicos que la que reciben los pobres.

El primero de los indicadores recién nombrados compara la proporción de los beneficios en salud que recibe cada grupo de ingreso con la correspondiente proporción de los ingresos percibidos. El segundo de los dos indicadores—el coeficiente de Gini—es similar al primero, pero entrega una única medida que sintetiza el grado en que el sistema de salud pública beneficia a los pobres. Este coeficiente es una medida de la desigualdad en los ingresos que fluctúa entre cero (igualdad completa en la distribución del ingreso) y uno (todos los ingresos percibidos por una persona). El coeficiente de Gini para la distribución de los subsidios públicos en salud se puede calcular del mismo modo, pero a diferencia del coeficiente para el ingreso, éste puede fluctuar entre uno negativo (-1) (todos los subsidios públicos en salud son recibidos por el hogar más pobre) y uno (todos los subsidios públicos en salud son recibidos por el hogar más rico). En la medida en que el indicador (esto es, la razón de los dos coeficientes de Gini, cuyo valor teóricamente no tiene límite) es inferior a uno, el sistema de salud público beneficia a los pobres.

Indicadores de calidad

Indicadores estructurales

- ▲ Existencia de estándares nacionales para las calificaciones profesionales de los recursos humanos en salud, inclusive mecanismos de fiscalización
- ▲ Proporción del personal de la salud que posee calificaciones profesionales básicas, inclusive especialización en servicios específicos de atención de salud primaria
- ▲ Existencia de estándares nacionales para establecimientos, inclusive mecanismos de fiscalización
- ▲ Proporción de establecimientos de salud que cumplen los estándares de estructura básica en base a los servicios que proveerán
- ▲ Existencia de claros estándares nacionales para servicios de salud de alta prioridad
- ▲ Proporción de establecimientos en que las actuales directrices para el diagnóstico y tratamiento están disponibles por escrito
- ▲ Existencia de un programa de control de calidad nacional, el que incluye personal capacitado y procedimientos establecidos para el diseño, monitoreo y mejoramiento de la calidad. Entre los sub-indicadores de la existencia de un efectivo control de calidad se incluyen:
 - ▲ Revisión y actualización habituales de los estándares técnicos
 - ▲ Métodos eficaces para comunicar los estándares al nivel del personal en terreno
 - ▲ Aplicación habitual de métodos de comparación entre desempeño y estándares
 - ▲ Aplicación habitual de metodologías de solución de problemas en base a la información disponible
 - ▲ Aplicación habitual de métodos para la incorporación de aportes de la comunidad al diseño de los sistemas y la gestión
- ▲ Proporción de establecimientos de salud que **no** tuvieron problemas de existencia de medicamentos durante los tres meses anteriores
- ▲ Proporción de casos en que todos los medicamentos recomendados estaban disponibles

Indicadores de proceso

- ▲ Proporción de clínicas en que los servicios están plenamente integrados de acuerdo a las normas nacionales
- ▲ Proporción del personal de la salud que fue supervisado de manera efectiva y oportuna de acuerdo a las normas nacionales
- ▲ Proporción de contactos con pacientes en que el tratamiento recibido es coherente con los protocolos nacionales de diagnóstico y tratamiento, inclusive con las directrices para la interacción usuario-proveedor
- ▲ Proporción de remisiones ordenadas y realizadas de acuerdo a las directrices y normas nacionales
- ▲ Proporción de usuarios que conocen y comprenden las medidas esenciales necesarias para completar los tratamientos y evitar futuras condiciones posibles de prevenir
- ▲ Proporción de usuarios que prosiguen los tratamientos recomendados hasta su término (tasa de abandono)
- ▲ Satisfacción de los usuarios

2.3 Indicadores de calidad

2.3.1 Definición de calidad

Es claro que el concepto de “Calidad de la atención” tiene múltiples dimensiones y que todavía no existe una definición consensuada ni siquiera en los Estados Unidos. Sin embargo, hay un punto de referencia básico de amplia utilización por parte de los expertos en el campo de la calidad de la atención. En base a esta referencia, la literatura normalmente hace una distinción entre las dimensiones de estructura, procedimientos y resultados de la calidad. El principal proponente de este marco conceptual, Arvedis Donabedian, define la calidad de la atención como “aquel tipo de atención de la que se espera que maximice una medida inclusiva del bienestar del paciente, después de tener en cuenta el equilibrio de las ganancias y pérdidas esperadas que asisten al proceso de la atención en todas sus partes”. (Donabedian 1980).

En este marco, por *proceso* generalmente se entiende todo lo que ocurre durante la interacción entre el sistema de salud y el usuario, lo que incluye los aspectos interpersonales de la atención y también aquellos del contexto de la prestación del servicio (por ej., salas de reconocimiento limpias, flujo ordenado de pacientes) que afectan directamente al paciente. Una persona que escucha un mensaje de radio que promueve la inmunización forma parte de este proceso de atención, del mismo modo que una madre reciente que recibe consejos de nutrición en un servicio de salud. Dentro de los textos sobre la calidad de la atención, muchos indicadores de eficiencia y acceso como aquellos que se incluyen en esta guía, a menudo también se consideran medidas de la estructura.

Los *resultados* son consecuencia del proceso y se refieren a los “cambios en el estado de salud actual y futuro de un paciente que se pueden atribuir a la atención de salud anterior.” Los resultados incluyen las actitudes de un paciente (inclusive su satisfacción), los conocimientos respecto a su salud que adquiere el paciente, y los cambios de comportamiento relacionados con la salud como posibles resultados. Los indicadores de resultados que se refieren al estado de salud se están usando cada vez más, en especial en los países desarrollados, como medida de la calidad de la atención, marginando las medidas de proceso y de estructura.

Por *estructura* se entienden todos los demás aspectos de un sistema de salud que respaldan o están relacionados con la interacción entre el sistema de salud y el cliente, como establecimientos de salud, sistemas de seguro, medicamentos, sistemas de distribución de medicamentos, gestión y supervisión.

2.3.2 Análisis de la calidad

Existen varios vínculos importantes entre la calidad de los servicios de salud y las iniciativas de reforma del sector salud emprendidos actualmente en varios países. Muchos de estos vínculos tienen especial importancia en el mejoramiento del desempeño del sistema de salud.

Por ejemplo, el resultado final que esperan producir la mayoría de las reformas del sector salud, es decir, un mejor estado de salud, depende de la calidad de la atención que se provee. Otros aspectos de un mejor desempeño del sistema analizado en esta guía (acceso, eficiencia, equidad y sustentabilidad) deben respaldar la prestación de servicios de salud eficaces, mientras que los esfuerzos por una mejor calidad necesitan garantizar que los servicios se entreguen de manera más eficiente, que estén disponibles de manera más equitativa y que sean sustentables, es decir, que resulten en un mejor estado de salud.

Muchas cifras indican que los esfuerzos por mejorar la sustentabilidad mediante la incorporación de tarifas a los usuarios en los establecimientos de salud públicos dependen del mejoramiento de la calidad de atención en tales establecimientos. En otras palabras, los pacientes están dispuestos a pagar por servicios que ellos consideran que son de alta calidad. No mejorar simultáneamente la calidad al realizar reformas que implican tarifas a los usuarios es uno de los motivos principales que impiden que estas reforma logren los resultados esperados.

De igual modo, uno de los principales motivos para introducir medidas destinadas a aumentar los ingresos es mejorar la calidad, a menudo exclusivamente para garantizar que exista un suministro adecuado de medicamentos. La disponibilidad adecuada de medicamentos es un elemento importante en la calidad percibida por los pacientes. En situaciones donde los medicamentos se agotan con frecuencia, mejorar su suministro es también uno de los factores más importantes para mejorar la eficiencia y eficacia de los trabajadores del sector salud. Otras de las típicas iniciativas de reforma del sector salud que intentan mejorar la calidad se basan en recaudar ingresos para contar con fondos para el transporte, supervisión, extensión, servicios de ambulancia, así como la entrega de pequeños bonos por el buen desempeño de los trabajadores del sector y para el suministro de anestésicos, insumos de laboratorio, anticonceptivos y vacunas.

Encontrar los recursos y las capacidades para mejorar la calidad desde el punto de vista *tanto* de los pacientes *como* de los profesionales de la salud, es uno de los principales factores limitativos que enfrentan las iniciativas de reforma. Muchas veces, hay diferencias claras entre los mejoramientos de la calidad percibidos por los pacientes y aquellos que los profesionales de la salud puedan considerar como mejoras. Por ejemplo, si bien un suministro de medicamentos básicos es esencial, la demanda por medicamentos de parte de los pacientes puede estar en conflicto con una buena práctica de prescripción. Los pacientes posiblemente no reconozcan una buena práctica de diagnóstico, mientras que los profesionales de la salud batallan por lograr un mejor equipamiento y capacitación clínica.

2.3.3 Indicadores de calidad

En las siguientes secciones se presentan y analizan los indicadores que usualmente se usan para medir las dimensiones de calidad de la estructura y proceso de la atención de salud. No se incluyen indicadores de resultados que miden, por ejemplo, los cambios en la mortalidad, morbilidad y fertilidad. Como ya se mencionara en la introducción de esta guía, estos indicadores normalmente se encuentran en otras fuentes.

(1) Indicadores estructurales

- ▲ Existencia de estándares nacionales para las calificaciones profesionales de los recursos humanos en salud, inclusive mecanismos de fiscalización
- ▲ Proporción del personal de la salud que posee calificaciones profesionales básicas, inclusive especialización en servicios específicos de atención de salud primaria

Los sistemas de salud deben contar con estándares claros respecto a las calificaciones de los profesionales, que indiquen los tipos de personal que están autorizados a realizar determinados servicios y la educación inicial y progresiva que deben tener. Tales estándares deben aplicarse de igual manera al sector privado y público. Los estándares normalmente deben aplicarse a funciones técnicas específicas, por ej., capacitación en planificación familiar para las personas que entregan servicios de planificación familiar, y capacitación para el manejo integral de enfermedades de la niñez para las personas involucradas en la atención pediátrica. También deben implementarse los medios para facilitar o fiscalizar su cumplimiento (normalmente puede incluir formación y perfeccionamiento en el empleo, y algunas veces la certificación formal y/o evaluación confiada a profesionales de igual nivel).

Los evaluadores deberán crear métodos adecuados para el contexto local, a fin de medir el estado actual de los estándares para los recursos humanos en base a la importancia relativa de los distintos tipos de personal. La proporción de los trabajadores del sector salud que cumplen con estos estándares se puede medir a través de encuestas periódicas y se debe especificar para las funciones técnicas individuales.

- ▲ Existencia de estándares nacionales para establecimientos, inclusive mecanismos de fiscalización
- ▲ Proporción de establecimientos de salud que cumplen con los estándares de estructura básicas en base a los servicios que se proveerán

Los sistemas de salud también deben determinar estándares claros para los distintos tipos de establecimientos, basados en los servicios que se proveerán en ellos. Estos estándares deben incluir la dotación de personal y las calificaciones necesarias para determinados servicios, tipos de equipos y características funcionales, así como las características de la infraestructura requerida. Los mecanismos de fiscalización también pueden extenderse a certificación formal de competencia, si bien métodos menos formales para aumentar el nivel de establecimientos inadecuados puede ser igual o aún más efectivo.

La existencia o inexistencia de tales estándares y mecanismos de fiscalización se puede medir de manera dicotómica. La proporción de establecimientos que cumplen con los estándares generalmente se mide a través de encuestas, pero algunas veces se realiza a través de los resultados la certificación de resultados.

- ▲ Existencia de estándares nacionales claros para servicios de salud de alta prioridad

- ▲ Proporción de establecimientos donde las actuales directrices para el diagnóstico y tratamiento están disponibles por escrito

Los proveedores de salud deben contar con claras directrices técnicas sobre los procedimientos de diagnóstico y tratamiento, y los capacitadores y educadores necesitan estándares curriculares para asegurar coherencia. Estos estándares no necesariamente deben ser idénticos a los que se promueven a nivel internacional; sin embargo, deben reflejar el conocimiento de la investigación y los criterios de “mejores prácticas” a nivel internacional. También deben existir los mecanismos necesarios para la revisión y actualización periódica de los estándares. De igual importancia es el hecho de que los capacitadores y supervisores comuniquen las directrices estándares a los proveedores de servicios de salud.

La existencia o inexistencia de tales estándares se puede determinar a través de entrevistas a nivel directivo realizadas a los directores de escuelas de capacitación y directores nacionales de programas. La disponibilidad de estándares escritos a nivel de prestación de servicios se debe verificar a través de observaciones directas.

- ▲ Existencia de un programa de control de calidad nacional, el que incluye personal capacitado y procedimientos establecidos para el diseño, monitoreo y mejoramiento de la calidad

Tanto los sistemas de salud públicos como privados requieren de métodos habituales para monitorear y mejorar la calidad de la atención en base a los estándares nacionales. Estos métodos *no* necesitan adoptar la forma de una unidad operativa identificable y, de hecho, la existencia de una unidad de esa naturaleza no debería igualarse a la aplicación práctica de los principios de control de calidad (diseño de calidad, supervisión de calidad, mejoramiento de proceso y consultas a usuarios). En un principio, la participación de todos los servicios de salud tampoco tiene una importancia fundamental.

Entre los sub-indicadores de la existencia de un control de calidad efectivo se incluyen:

- ▲ Revisión y actualización habituales de los estándares técnicos
- ▲ Métodos eficaces para comunicar los estándares al nivel del personal en terreno
- ▲ Aplicación habitual de métodos de comparación del desempeño con los estándares
- ▲ Aplicación habitual de metodologías de solución de problemas en base a la información disponible
- ▲ Aplicación habitual de métodos para la incorporación de aportes de la comunidad al diseño de los sistemas y la gestión

La mejor manera de juzgar la existencia real de un sistema de control de calidad es interrogar al personal de niveles inferiores y de distrito. Los evaluadores también pueden revisar los registros del sistema y los historiales de los usuarios; su exactitud y exhaustividad es una manifestación de la minuciosidad de la revisión, mejora de calidad y contribuye a ella.

- ▲ Proporción de casos en que todos los medicamentos recomendados estaban disponibles

- ▲ Proporción de establecimientos de salud que no tuvieron problemas de existencia de medicamentos durante los tres meses anteriores

Los establecimientos de salud necesitan tener un suministro confiable de fármacos clave, en los que se incluyen vacunas, anticonceptivos y medicamentos esenciales en base a la política nacional a este efecto. Los usuarios individuales asimismo deben ser capaces de obtener los medicamentos recomendados, ya sea en la clínica misma o a través de la adquisición privada o pública a un costo posible de pagar. La disponibilidad a nivel de clínica no se debe igualar a la disponibilidad personal, especialmente si tales medicamentos son vendidos “de manera no oficial” o a través canales privados o públicos.

Es posible estimar la proporción de los establecimientos que cumplen con este requisito entrevistando a los proveedores de servicios. Sin embargo, es necesario determinar la disponibilidad individual interrogando a una muestra de usuarios recientes.

(1) Indicadores de proceso

- ▲ Proporción de clínicas donde los servicios están plenamente integrados de acuerdo a las normas nacionales

Este aspecto se podría interpretar tanto como un indicador de la estructura o del proceso. Sin embargo, el punto importante es que los usuarios perciban que todos los servicios que se deben prestar en un establecimiento determinado estén prontamente disponibles durante cualquier turno en que el establecimiento se encuentre abierto.

Este indicador *posiblemente* se puede obtener entrevistando a los proveedores; sin embargo, la experiencia dice que los proveedores exageran la disponibilidad, mientras que la utilización real es determinada por la imagen que tienen los potenciales usuarios.

- ▲ Proporción del personal de la salud que fue supervisado de manera efectiva y oportuna de acuerdo a las normas nacionales

La supervisión posiblemente sea uno de los medios más eficientes de comunicar y fiscalizar los estándares de calidad nacionales, como asimismo para aprender acerca de los problemas prácticos y resolverlos. Sin embargo, por regla general es también uno de los servicios de apoyo que se realizan de manera menos efectiva. La frecuencia de las visitas de supervisión posiblemente contribuyan menos al desempeño de los trabajadores que el contexto y contenido técnico (de apoyo, en contraposición al punitivo) de éstas.

No es posible confiar en que los datos contenidos en los informes de supervisión sean exactos. Los asesores más bien deben entrevistar a los trabajadores y observar las visitas.

- ▲ Proporción de contactos con pacientes en que el tratamiento recibido es coherente con los protocolos nacionales de diagnóstico y tratamiento, inclusive con las directrices para la interacción usuario-proveedor

Es un indicador básico de la eficiencia y eficacia de un sistema de salud, además de la utilización por parte de aquellos que lo necesitan. Un diagnóstico correcto de las condiciones primarias y secundarias obviamente es esencial para garantizar una terapia correcta. Debe reflejar un adecuado historial médico, un buen examen físico del paciente y exámenes de laboratorio adecuados, donde corresponda. Un tratamiento efectivo requiere que se determine la terapia adecuada, de acuerdo a estándares nacionales, además de cualesquiera acciones que puedan ser necesarias (por ej., prescripción o entrega de medicamentos, remisión, orientación de los usuarios) para garantizar que la terapia se lleve a cabo. Una eficaz interacción entre el usuario y el proveedor es un requisito básico para obtener el historial médico necesario, asegurar que los tratamientos imposibles de observar sean completados adecuadamente y estimular un comportamiento preventivo adecuado y/o una nueva visita a la clínica cuando sea necesario.

Este indicador normalmente sólo aplica a servicios específicos; esto es, las mediciones pertenecen más bien a intervenciones de salud específicas y no a la atención de salud como un todo. La observación directa del manejo de un caso individual, si bien no está exento de posibles sesgos, se considera por lo general el “estándar de oro” en la evaluación de la calidad. Sin embargo, las entrevistas a usuarios y la revisión de los historiales médicos pueden ser más eficientes en servicios o contextos específicos. Es posible que se requieran evaluaciones especiales de la calidad basadas en investigaciones realizadas para las mediciones periódicas, pero hay que evitar que éstas desplacen las evaluaciones de calidad habituales. Los informes de supervisión, como asimismo las revisiones confiadas a profesionales del mismo nivel y otras formas de autoevaluaciones de rutina, pueden proporcionar datos indicativos puntuales del momento o la ubicación, pero su exactitud puede no ser adecuada para comparaciones estadísticas.

- ▲ Proporción de remisiones ordenadas y realizadas de acuerdo a las directrices y estándares nacionales

Hay al menos tres aspectos críticos en las remisiones: adecuada identificación y reorientación de los casos individuales; inmediata transferencia a la institución del siguiente nivel; y una buena recepción e ingreso en el extremo receptor. Las remisiones de los casos de emergencia (obstétricos, deshidratación, fiebre) suelen ser especialmente críticas; sin embargo, los asesores posiblemente también puedan considerar una remisión para necesidades especiales que no son de emergencia (por ej., medicina preventiva, planificación familiar).

Aún no se han elaborado métodos satisfactorios para las mediciones de rutina; por lo tanto, quizás sea necesario realizar estudios especiales basados en la observación directa del manejo de los casos.

- ▲ Proporción de usuarios que conocen y comprenden las medidas esenciales necesarias para completar los tratamientos y evitar futuras condiciones posibles de prevenir
- ▲ Proporción de usuarios que prosiguen los tratamientos recomendados hasta su término (tasa de abandono)
- ▲ Satisfacción de los usuarios

Se pueden considerar ya sea como indicadores de proceso o de resultados. Sin embargo, se incluyen aquí porque a menudo lo que el usuario sabe y hace es fundamental para un tratamiento eficaz. Esto aplica especialmente a las terapias a largo plazo y preventivas, como asimismo a inmunizaciones, tratamientos de tuberculosis, rehidratación oral, nutrición, tratamientos anticonceptivos y maternidad segura.

Para responder a las necesidades y preferencias de la comunidad, se requieren varios indicadores conceptualmente similares, pero muy distintos, para medir el conocimiento de los usuarios, las costumbres de los usuarios y la capacidad general del proveedor de servicios. Este último, que aquí denominamos “satisfacción del usuario”, puede referirse a actitudes de usuarios específicos acerca de un encuentro individual o a actitudes más generales de la comunidad hacia los proveedores de servicios. Las tasas de abandono (que se definen de manera amplia para abarcar problemas de cumplimiento más generales) reflejan tanto la prestación de servicios (contenido técnico, comunicación, satisfacción del usuario) como características individuales que son difíciles de tomar en cuenta en los protocolos estándares. Todos los indicadores dentro de este grupo pertenecen al vínculo entre las comunidades y los establecimientos, especialmente la capacidad de los proveedores de responder a las necesidades y preferencias individuales y de la comunidad.

El conocimiento y la satisfacción de los usuarios respecto a encuentros específicos se puede evaluar eficientemente inmediatamente después de la visita si se entrevista a los usuarios a la salida. Las encuestas basadas en la población, con preguntas especiales para los usuarios recientes de una clínica (recuerdos de dos semanas), son más costosas, pero entregan una mejor información sobre los efectos en el comportamiento. Las tasas de abandono se pueden obtener de revisiones de los historiales médicos a nivel de clínica, pero pueden presentarse sobreestimaciones en los casos que los historiales no se llevan adecuadamente o los usuarios tienen múltiples fuentes de control ulterior; en cualquier caso, las encuestas basadas en la población entregan una mejor información tanto acerca del abandono como de temas más generales de cumplimiento.

Si bien los indicadores de este grupo son útiles, se deben interpretar con cautela. El comportamiento de los usuarios está sujeto a una variedad de influencias, no sólo el conocimiento, y el conocimiento por sí mismo puede deteriorarse a través del tiempo. Además, la “satisfacción” mide la brecha que existe entre las expectativas y la realidad y posiblemente disminuya en vez de aumentar a medida que mejora la calidad. (De hecho, las estrategias de mejoramiento de la calidad que se basan en la educación de los usuarios, intentan articular activamente las inquietudes latentes de la comunidad y aumentan la insatisfacción).

Indicadores de Eficiencia

- ▲ Visitas de pacientes ambulatorios por hora de trabajo de médico (o por médico)
- ▲ Visitas de pacientes ambulatorios por hora de trabajo de enfermera (o por enfermera)
- ▲ Relación entre visitas de pacientes ambulatorios y costos de personal (costos unitarios de personal)
- ▲ Costo por visita de paciente ambulatorio (o costo de operación por visita de paciente ambulatorio)
- ▲ Costo por día-cama de hospital (o por admisión en hospital o alta de hospital)
- ▲ Porcentaje de visitas de pacientes ambulatorios recibidos del sector privado
- ▲ Camas de hospitales privados como porcentaje del total
- ▲ Costos de personal como porcentaje del gasto ordinario total en salud
- ▲ Gastos en medicamentos e insumos como porcentaje del gasto ordinario total en salud
- ▲ Número de enfermeras por doctor
- ▲ Número de enfermeras por cama de hospital
- ▲ Número de médicos por cama de hospital
- ▲ Relación entre el sueldo promedio de un trabajador de la salud del sector público (por ej., médico, enfermera, técnico) con un determinado nivel de experiencia, y el sueldo de un trabajador de la salud comparable del sector privado
- ▲ Los sueldos de los trabajadores de la salud del sector público se pagan puntualmente (si/no)
- ▲ Existen incentivos de desempeño adecuados para el personal de la salud del sector público (si/no)
- ▲ Gasto en medicamentos genéricos como porcentaje del gasto total en medicamentos
- ▲ El sistema de salud público usa una lista de medicamentos básicos en la adquisición (si/no)
- ▲ Porcentaje del presupuesto ordinario de salud del gobierno que se gasta en los servicios de salud públicos
- ▲ Gasto en atención primaria como porcentaje de los gastos ordinarios
- ▲ Porcentaje del gasto público total en medicamentos asignado a los establecimientos de atención primaria
- ▲ En todos los establecimientos se cobran tarifas (si/no)
- ▲ Los niveles de las tarifas promueven la eficiencia (si/no)
- ▲ El sistema de remisión (transferencia de pacientes) funciona eficazmente (si/no)
- ▲ Duración promedio de las estadías de pacientes hospitalizados
- ▲ Tasa de ocupación de las camas de hospital
- ▲ Porcentaje de asegurados inscritos en planes que usan copagos y deducibles, planes de atención controlada o planes sujetos a presupuestos globales

2.4 Indicadores de Eficiencia

2.4.1 Definición de Eficiencia

Tradicionalmente, al igual que se aplica a los programas o proveedores de salud individuales, la eficiencia tiene tres dimensiones (técnica, económica y de asignación) que se relacionan con los servicios de salud que se producen y con el modo en que se producen. Estos conceptos también pueden aplicarse a la medición del desempeño del sistema de la salud.

Para los efectos de una clara presentación, la “eficiencia” tal como se define a continuación, se presenta sin una mención extensa de la calidad de los servicios de salud que se proveen. Cuando se aplica a los sistemas o proveedores de servicios de salud, en la interpretación del concepto de eficiencia a menudo se incluyen nociones de “efectividad” del servicio de atención de salud. Asimismo, a menudo se usan indicadores similares para medir la eficiencia y para medir los aspectos del proceso en la evaluación de la “calidad de atención”. En esta guía se analizan las medidas de la calidad de atención bajo una categoría separada, dado que se necesitan indicadores separados para medir calidad, eficacia o efectividad. Es necesario tomar en cuenta los resultados de los indicadores de eficiencia y calidad cuando se evalúa el desempeño general del sistema de salud.

Un proveedor de salud es eficiente desde un punto de vista *técnico* cuando produce el máximo de servicios (efectivos) físicos (por ej., número de visitas) para un determinado nivel de insumos. La ineficiencia técnica es común en los sistemas de salud públicos y a menudo es el resultado de fallas en la gestión y supervisión.

Un proveedor de salud es eficiente desde el punto de vista *económico* si usa combinaciones de insumos (por ej., médicos, enfermeras, medicamentos) que le permiten producir un determinado nivel de servicios (efectivos) al menor costo. En el largo plazo, la eficiencia económica también exige a los proveedores que operen a una escala que les permita producir al menor costo unitario posible (aunque en mercados de tamaño reducido tal escala óptima no sea factible). A menudo, se encuentra ineficiencia económica en aquellas situaciones en que los administradores tienen reducido o ningún control sobre las combinaciones de insumos que utilizan, y donde los establecimientos se construyen para servir a mercados que son demasiado pequeños para soportar una escala de servicios óptima.

Un proveedor de servicios es eficiente desde el punto de vista de la *asignación* cuando asigna los recursos a actividades en que éstos tienen el máximo valor (esto es, cuando el nivel de producción de cada servicio producido es tal que el costo social marginal de la última unidad producida es igual a su valor social marginal). El sistema de salud asigna los recursos de manera eficiente si produce una combinación y nivel óptimos de servicios de salud, donde “óptimo” significa que se obtiene la mayor cantidad de valor en salud para la mayor cantidad de personas por el costo incurrido (se entrega cada servicio hasta el punto donde su costo social marginal es igual a su valor social marginal).

2.4.2 Análisis de la eficiencia

Hay un consenso generalizado sobre la utilidad e interpretación de las dimensiones de eficiencia técnica y económica. El motivo de este consenso es que ambas dimensiones se refieren a distintos modos de usar los recursos para producir servicios de salud específicos (es decir, cantidad de servicios obtenidos de insumos determinados, costo de un determinado nivel de producción), y asumen que el servicio se debe

producir. Los indicadores de eficiencia técnica y económica son directos y no implican un juicio de valor sobre los méritos en que se basa el servicio.

El consenso se quiebra con respecto a los indicadores adecuados de eficiencia en asignación, en especial cuando se aplican al sector salud en general, debido principalmente a los juicios de valor basados en el mérito relativo de los distintos servicios de salud. Estos méritos relativos dependen principalmente de si se juzgan desde la perspectiva de los profesionales de la salud o de los usuarios de la atención de salud

Los proponentes de algunos planteamientos frente a la reforma del sector salud, por ejemplo, critican a los gobiernos que asignan una alta proporción de los recursos a la atención hospitalaria, en lugar de asignarlos a la medicina preventiva y atención primaria. Desde este punto de vista, una asignación eficiente de los recursos del sector público (y los indicadores relacionados) sería aquella que se centra en entregar ingentes recursos a servicios de atención primaria y medicina preventiva que podrían mejorar las dimensiones globales del estado de salud de la población (por ej., tasas nacionales de mortalidad infantil, tasas de mortalidad maternas y tasas de fertilidad).

Otras iniciativas de reforma podrían no objetar la asignación de una alta proporción del financiamiento estatal a la atención hospitalaria, porque juzgan los méritos de un servicio en base a la demanda de los usuarios (esto es, principalmente atención curativa y hospitalaria). Estas iniciativas de reforma se centrarían (y usarían los indicadores relacionados) en la importancia de la mancomunación de riesgos al pagar por servicios hospitalarios (esto es, financiamiento del seguro social) que tienen el riesgo financiero más alto para los hogares.

2.4.3 Indicadores de Eficiencia

- ▲ Visitas de pacientes ambulatorios por hora de trabajo de médico (o por médico)
- ▲ Visitas de pacientes ambulatorios por hora de trabajo de enfermera (o por enfermera)
- ▲ Relación entre las visitas de pacientes ambulatorios y costos de personal (costos unitarios de personal)

Estos indicadores se refieren a la “productividad laboral” (esto es, producción por unidad de insumo laboral) y a menudo se usan porque son relativamente fáciles de medir (pudiéndose elaborar a partir de estadísticas de servicio sobre el número de visitas, las horas de personal trabajadas o el número de personas que trabajan en un establecimiento). Los indicadores sobre la productividad laboral pueden ser indicadores válidos de algunas o de todas las dimensiones de eficiencia o procesos relacionados con el control de calidad. Por ejemplo, si los trabajadores de la salud descuidan sus deberes debido a una supervisión deficiente o a la falta de incentivos, una baja productividad laboral podría indicar ineficiencia técnica.

De manera alternativa, si los recursos complementarios disponibles son inadecuados (por ej., personal auxiliar en el caso de los médicos, equipos e insumos) o si los establecimientos tienen exceso de personal en relación a la demanda de servicios, una baja productividad podría indicar ineficiencia económica. En los sistemas de salud público sucede a menudo que los trabajadores de la salud se agrupan en las ciudades más importantes y alrededores, y por ende los establecimientos en esos lugares tienen un exceso considerable de personal, mientras que aquellos ubicados en lugares menos favorecidos (áreas rurales remotas) tienen falta de personal. Las grandes diferencias en la productividad laboral entre un establecimiento y otro a menudo son el resultado de tales ineficiencias en la asignación del recurso humano. Esto es un ejemplo de una extrema ineficiencia económica.

Los indicadores de productividad laboral tienen un problema que en algunos casos los puede inhabilitar como medida de eficiencia y es que la productividad laboral puede ser alta porque un establecimiento de salud usa de manera económica altos niveles de insumos complementarios (esto es, niveles de insumos que no minimizan los costos). Este problema sólo se puede corregir si se usan indicadores de costo unitarios, según se analiza más adelante. Finalmente, si el establecimiento no entrega el tipo o la calidad de servicios que los usuarios desean (ineficiencia de asignación), ésto también se verá reflejado en una baja productividad laboral.

Si bien la productividad laboral es relativamente fácil de medir (si por ejemplo se compara con el costo unitario, el que se analiza más adelante), presenta sin embargo algunos problemas. En primer lugar, las visitas no son uniformes. En algunos establecimientos se podrán atender casos relativamente complejos o se podrán producir más visitas iniciales que en otros. También pueden existir diferencias de calidad entre un establecimiento y otro (esto es, las visitas de un establecimiento pueden requerir más tiempo de personal y otros insumos que las de otro establecimiento). En algunos casos, posiblemente no existan datos sobre el número de horas trabajadas, o podría ser necesario sustituir el número de personal por el número de horas trabajadas como medida de los insumos laborales. En caso que el número de horas trabajadas por día, semana o mes sea diferente entre un establecimiento y otro, esto introduciría errores de medición en la medida de los insumos.

En los sistemas de salud públicos con una distribución de los recursos humanos deficiente entre los establecimientos, un alto nivel de productividad laboral en establecimientos con falta de personal posiblemente sea más bien un indicio de una atención de mala calidad que de una eficiencia relativamente alta. Este es un ejemplo de una situación donde se deben usar indicadores combinados de más de una dimensión (por ej., eficiencia y calidad) para obtener una medida exacta del desempeño del sistema.

Cuando los insumos laborales se aplican a todo el personal médico, generalmente resulta aconsejable ponderar las distintas categorías de personal de acuerdo a alguna medida de las productividades relativas. En la práctica, con frecuencia se usan escalas salariales relativas para este efecto, de modo que la medida de los insumos laborales se transforme en costos de personal.⁴ Un problema en la comparación de tales indicadores a través de países es que los sueldos difieren sustancialmente de país en país. Una posible solución sería restringir las comparaciones a los países que son comparables en términos de ingreso per cápita (por ej., el grupo de países de ingresos bajos).

- ▲ Costo por visita de paciente ambulatorio (o costo de operación⁵ por visita de paciente ambulatorio)
- ▲ Costo por día-cama de hospital (o por admisión en hospital o alta del hospital)

Estas medidas del costo unitario y a menudo se usan como indicadores de eficiencia. Difieren en dos aspectos de los indicadores de eficiencia de la productividad laboral ya analizados. En primer lugar, son indicadores de insumo/producción, mientras que los indicadores de productividad laboral son indicadores de producción/insumo. Esto implica que costos unitarios bajos significan eficiencia, mientras que en el caso de la productividad laboral son generalmente los niveles altos los que significan eficiencia. En

⁴ En caso de estar disponibles, sería preferible usar estimaciones de las productividades marginales relativas de las distintas categorías de trabajo, las que se pueden obtener de estimaciones de las funciones de producción, en lugar de escalas de salarios relativas (que también podrían reflejar el poder de mercado o tradición).

⁵ Es preferible usar más bien los costos totales (esto es, incluyendo los costos de capital o fijos), y no sólo los costos de operación o variables, de modo que las variaciones en los costos unitarios no sean el reflejo de una mayor o menor utilización de los insumos de capital. Sin embargo, en la práctica muchos prefieren construir medidas de insumos limitadas a los insumos variables (por ej., personal, suministros, medicamentos), debido a que los datos presupuestarios normalmente están restringidos a los costos de operación).

segundo lugar, la medida de los insumos incluye todos los insumos (o al menos todos los insumos variables); el numerador de los costos es efectivamente la suma de todos los insumos usados, ponderados según sus costos unitarios. La utilización del costo como medida de los insumos evita los problemas mencionados más arriba con la productividad laboral como medida de eficiencia, cuando altos valores de productividad laboral pueden indicar una utilización antieconómica de insumos complementarios.

El principal inconveniente en la utilización de las medidas de costo unitario como indicadores de eficiencia es que requieren de estimaciones de costo, en algunos casos desglosadas por función (por ej., costo de los servicios de pacientes hospitalizados contra servicios de pacientes ambulatorios en un hospital). En los casos en que se disponen de datos presupuestarios de buena calidad, puede resultar relativamente sencillo obtener estimaciones de los costos de operación.

Otro problema que presentan los indicadores de eficiencia de los costos unitarios es que las variaciones de los costos unitarios entre los establecimientos de salud pueden indicar diferencias de calidad y no indicar nada acerca de la eficiencia relativa. En algunos casos, también pueden indicar diferencias en los costos unitarios de los insumos (aunque es más fácil hacer las correcciones para tener en cuenta tales diferencias que en el caso de las correcciones por las diferencias de calidad). Además, cuando se hacen comparaciones entre países, especialmente cuando se usan tasas de cambio para convertir la moneda nacional a dólares (o a alguna otra unidad monetaria estándar), las diferencias observadas pueden ser el resultado de errores de medición del índice de precios.

- ▲ Porcentaje de visitas de pacientes ambulatorios recibidas del sector privado
- ▲ Camas de hospitales privados como porcentaje del total

Estos indicadores son medidas de la importancia relativa del sector privado en la prestación de servicios de salud tanto a pacientes ambulatorios como a pacientes hospitalizados. Existe la presunción compartida por muchos (apoyada por experiencias empíricas limitadas) de que los proveedores de salud privados son más eficientes técnica y económicamente que los proveedores públicos. Su presunta ventaja en términos de eficiencia técnica y económica depende no sólo de la mayor utilización de los incentivos monetarios, sino también del grado de competencia dentro de los mercados privados, la que con el transcurso del tiempo desplaza a los actores relativamente débiles del mercado. Esto no necesariamente ocurre con los proveedores públicos.

Sin embargo, a menos que los proveedores privados estén normados eficazmente ya sea por el estado o por sus propias organizaciones profesionales, su mayor atención al “resultado final” en algunos casos los hace menos eficientes en términos de asignación que los proveedores públicos. Así, por ejemplo, los proveedores privados posiblemente tengan pocos incentivos para estimular la atención preventiva. Asimismo, es posible que prescriban servicios de salud que sus pacientes no necesitan realmente. Por ende, en circunstancias de una reglamentación débil, los indicadores de la importancia relativa del sector de salud privado quizás no sean indicadores válidos de la eficiencia.

- ▲ Costos de personal como porcentaje del gasto ordinario total en salud
- ▲ Gastos en medicamentos e insumos como porcentaje del gasto ordinario total en salud

Estos indicadores a menudo se aplican a los sistemas de salud públicos para monitorear el grado de eficiencia económica. En condiciones de déficit presupuestario, los ministerios de salud suelen proteger los puestos de trabajo y permitir que otros insumos (por ej., medicamentos y suministros) disminuyan en términos relativos y, en algunos casos, de manera absoluta. Cuando esto sucede, los insumos se dejan de combinar a fin de minimizar los costos. En casos extremos, la calidad de la atención cae por debajo de niveles aceptables y los establecimientos se subutilizan.

Aunque normalmente la ineficiencia se manifiesta por una alta proporción de costos de personal y una baja proporción de gastos en medicamentos y suministros, esto no siempre es así. Por ejemplo, valores muy bajos de costos de personal puede significar que los sueldos son demasiado bajos en relación a las remuneraciones en el sector privado. Esto puede llevar al personal de los servicios de salud públicos a disminuir las horas de trabajo y utilizar el tiempo disponible en prácticas privadas (lo que a su vez puede generar ineficiencias adicionales).

De manera similar, una alta proporción de gastos en medicamentos también puede significar ineficiencia. Por ejemplo, el gasto en medicamentos puede ser alto porque el sistema logístico es ineficiente, porque los medicamentos se “filtran” a los mercados privados o porque se usan medicamentos de marca en lugar de medicamentos genéricos. Un valor alto de este indicador también puede ser un indicio de una calidad de atención deficiente en la forma de un uso excesivo de medicamentos.

Estos indicadores son sencillos de construir y de seguir a través del tiempo, ya que se calculan con la ayuda de datos sobre los gastos y/o presupuestos gubernamentales estándares.

- ▲ Número de enfermeras por médico
- ▲ Número de enfermeras por cama de hospital
- ▲ Número de médicos por cama de hospital

Son indicadores de la eficiencia económica (es decir, la utilización de combinaciones de insumos del menor costo). También son fáciles de medir y se pueden interpretar comparándolos con los niveles estándares extractados de la información internacional. Son indicadores válidos de la eficiencia económica dentro del área del personal, pero es necesario combinarlos con otros indicadores (como los indicadores anteriores) de la utilización global del personal. Valores demasiado altos o demasiado bajos de estos indicadores, en comparación con los valores de otros países de niveles de ingreso similares, pueden significar ineficiencia.

En algunos casos, razones especialmente altas de médicos a enfermeras parecen indicar eficiencia, al menos en el corto plazo, al existir un superávit relativo de médicos. Sin embargo, la producción de recursos humanos para la salud suele estar muy subvencionada en los países en desarrollo, de modo que es necesario examinar las condiciones de oferta que existen en cada país.

- ▲ Relación entre el sueldo promedio de un trabajador de la salud del sector público (por ej., médico, enfermera, técnico) con un determinado nivel de experiencia y el sueldo de un trabajador de la salud comparable del sector privado
- ▲ Los sueldos de los trabajadores de la salud del sector público se pagan puntualmente (sí/no)
- ▲ Existen incentivos de desempeño adecuados para el personal de la salud del sector público (sí/no)

Estos indicadores buscan medir si los trabajadores de la salud del sector público reciben compensaciones adecuadas, en comparación con las que reciben los trabajadores del sector privado y si tienen los incentivos adecuados para realizar bien su trabajo, un aspecto que está directamente relacionado con la eficiencia técnica.

En el caso de primer indicador, normalmente los hospitales privados y los empleadores privados pueden suministrar la información sobre los sueldos de los trabajadores de la salud del sector privado. A menudo es más difícil obtener esta información de las clínicas o médicos privados. En el caso del tercer

indicador (esto es, adecuados incentivos de desempeño), puede ser difícil evaluar lo que es “adecuado”. Sin embargo, un sistema adecuado de incentivos debe tener como mínimo las siguientes características: 1) el personal es promovido (y así lo siente) en base a sus méritos; 2) se recompensa un desempeño decidido; y 3) un desempeño deficiente constante lleva a la destitución.

- ▲ Gasto en medicamentos genéricos como porcentaje del gasto total en medicamentos
- ▲ El sistema de salud público usa una lista de medicamentos básicos en la adquisición (sí/no)

Estos indicadores son medidas del “valor en dinero” que un sistema de salud puede obtener de su gasto en medicamentos. Los gobiernos socialistas históricamente se han resistido mucho a los fabricantes internacional de medicamentos. Pero muchos países en desarrollo (en especial los países de habla francesa) han gastado grandes sumas de sus limitados presupuestos públicos para medicamentos en fármacos de marca. En muchos países, los usuarios se medican ellos mismos con medicamentos adquiridos en farmacias, y los farmacéuticos con frecuencia recetan los medicamentos de marca más caros. Por consiguiente, el primero de los dos indicadores en lo posible debería aplicarse tanto a las adquisiciones públicas como privadas.

- ▲ Porcentaje del presupuesto ordinario de salud del gobierno que se gasta en los servicios de salud públicos

En un indicador de la eficiencia de asignación que tiene un fundamento tanto de salud pública como económico. Los servicios de salud públicos, a diferencia de los servicios de salud privados, se definen como los servicios de salud que son de naturaleza pública productiva (esto es, servicios como el control vectorial por los cuales es imposible cobrar una tarifa a usuarios) y servicios que involucran “externalidades” (esto es, servicios como inmunización o control de enfermedades infecciosas que afectan la salud de terceros).

Sería justificado incluir los gastos de educación para la salud o “información, educación y comunicación” (IEC), dado que algunos tipos de información son bienes públicos (es decir, es difícil cobrar una tarifa por determinadas formas de educación en salud) y que en ausencia de una intervención gubernamental, los mercados privados entregarían una educación en salud demasiado escasa. Este argumento aplica a muchos tipos de investigaciones.

Los economistas admiten que los mercados no funcionan de manera eficiente con servicios de salud públicos y que por ende se necesita el subsidio gubernamental (aunque no necesariamente la prestación por parte del sector público) de estos servicios. Los que abogan por una salud pública creen que tales servicios en general son más eficientes en función de los costos que los servicios de salud privados (si bien hay notables excepciones, como los servicios seguros de maternidad, los que son de naturaleza privada, pero aun así costo-eficientes).

- ▲ Gasto en atención primaria como porcentaje de los gastos ordinarios
- ▲ Porcentaje del gasto público total en medicamentos asignado a los establecimientos de atención primaria

El primero de estos dos indicadores se usa de manera generalizada como indicador de la eficiencia de asignación. Sin embargo, se puede prestar a equívocos. Por ejemplo, la atención primaria incluye tanto servicios curativos como preventivos; y la asignación de recursos puede ser ineficiente *dentro* de la atención primaria de salud.

Por norma general, el indicador ‘gasto en atención primaria como porcentaje de los gastos ordinarios’ es privilegiado algo más por los que abogan por una salud pública que por los economistas. Los primeros

creen que los servicios de salud primarios son más eficientes en función de los costos que los servicios de salud secundarios o terciarios. Los economistas apoyan el uso de este indicador, porque muchos servicios de salud primarios merecen recibir subsidios tanto por motivos de eficiencia como de equidad. Sin embargo, en los casos de una baja cobertura del seguro, los economistas reconocen que el financiamiento estatal de los servicios hospitalarios (lo que implica una provisión directa al no existir seguros) también puede ser una asignación eficiente de recursos (“eficiente” en el sentido de aumentar el bienestar de los usuarios, pero no necesariamente eficiente en sus efectos sobre los indicadores del estado de salud general de la población).

El segundo indicador también intenta medir la eficiencia de asignación, pero se centra más en la asignación del insumo no de personal de mayor importancia, el que puede ser un indicador más válido de las prioridades de un sistema de salud público.

- ▲ En todos los establecimientos se cobran tarifas (sí/no)
- ▲ Los niveles de las tarifas promueven la eficiencia (sí/no)
- ▲ El sistema de remisión funciona eficazmente (sí/no)

Por motivos de eficiencia, en todos los establecimientos públicos se deben cobrar tarifas por todos los servicios. Asimismo como regla general (si bien con excepciones, según se menciona más abajo), las tarifas deben ser iguales a los costos sociales marginales de producir un servicio (lo que en mercados competitivos significa que en el largo plazo también serán iguales al promedio o costos unitarios). Cobrar a los usuarios tarifas basadas en los costos promueve un consumo eficiente de los servicios de salud por parte de éstos, porque entre otras cosas, puede evitar un consumo excesivo de los servicios y además estimular a los usuarios a tener un comportamiento general más sano y usar los servicios de medicina preventiva. Cuando los usuarios pagan tarifas, se crea un vínculo importante entre el proveedor y el usuario, el que asimismo promueve la eficiencia en la prestación de los servicios (es decir, las tarifas promueven tanto la eficiencia de la oferta como de la demanda).

Si bien estas tarifas en general deben ser iguales a los costos marginales, hay algunas importantes excepciones a esta regla. En primer lugar, hay algunos tipos de servicios de salud como “bienes públicos”, donde la aplicación de tarifas resulta del todo impracticable (ejemplos son el control vectorial o el aire limpio). En segundo lugar, en los casos en que los beneficios sociales marginales difieren de los beneficios privados marginales (por ej., inmunizaciones, tratamiento de enfermedades transmisibles) o en aquellos en que los costos sociales marginales difieren de los costos sociales privados (por ej., los sueldos de los proveedores de salud públicos son inferiores a los niveles de mercado), las tarifas deben ajustarse a niveles que generen un nivel de producción óptimo desde el punto de vista social (por ej., en los casos en que los beneficios sociales marginales son igual al costo social marginal).

En tercer lugar, al no existir sistemas de seguro, las tarifas para algunos tipos de servicios (por ej., atención hospitalaria para enfermedades catastróficas, atención de enfermedades crónicas) se pueden subvencionar para efectos del financiamiento social. En general, habrá un subsidio óptimo para tales servicios que equilibre los beneficios producto del financiamiento social (esto es, los beneficios de la mancomunación del riesgo) con los costos sociales producto del excesivo consumo (esto es, el “riesgo subjetivo”). Se puede aumentar el nivel del financiamiento social óptimo (y de los beneficios sociales globales) si existe un sistema de remisión eficiente que limite el riesgo subjetivo (esto es, sólo habrá tarifas subvencionadas para los usuarios que sean admitidos en los hospitales por remisión). Este es el motivo para el último de los tres indicadores enumerados más arriba.

En cuarto lugar, quizás se necesiten subsidios para promover los objetivos de distribución (por ej., equidad, disminución de la pobreza). Los servicios de salud, por ejemplo, pueden estar subvencionados o incluso ser gratuitos para los pobres. En algunos lugares, los servicios pueden estar subvencionados para

toda la población, porque el costo de su focalización (por ej., encuestas sobre los medios económicos) puede ser superior a los beneficios. De manera alternativa, las tarifas pueden estar subvencionadas para personas que residen a una distancia superior (por ej., 5 kilómetros) de un establecimiento de salud, debido al tiempo adicional y a los costos de transporte en que incurren al consumir servicios de salud.

- ▲ Duración promedio de las estadías de pacientes hospitalizados
- ▲ Tasa de ocupación de las camas de hospital

Estos son indicadores de uso generalizado para la eficiencia del sector hospitalario. Una estadía promedio larga (y tasas de ocupación usualmente altas) puede ser el resultado de sistemas de reembolso o presupuestación ineficientes. En algunos países, por ejemplo, los presupuestos de los hospitales se vinculan a las tasas de ocupación. Bajas tasas de ocupación pueden significar que el tamaño de los hospitales es superior a lo necesario en algunas áreas (es decir, los hospitales son demasiado grandes). Bajas tasas de ocupación también pueden ser un indicio de una calidad de atención deficiente dentro un determinado tipo de hospital (por ej., bajas tasas de ocupación en los hospitales del distrito en comparación al hospital provincial pueden indicar que la atención en los primeros es de baja calidad).

La “duración promedio de las estadías de pacientes hospitalizados” es un indicador de uso generalizado para la eficiencia hospitalaria, al igual que la “tasa de ocupación de camas de hospital.” Sin embargo, las comparaciones entre países de este indicador deben incluir las distintas definiciones usadas por cada país, por ejemplo si las mediciones se refieren solamente a establecimientos de corta estadía (Bossert, Berman y Costello, 1995).

- ▲ Porcentaje de asegurados inscritos en planes que usan copagos y deducibles, planes de atención controlada o planes sujetos a presupuestos globales

Este indicador busca medir el grado de contención de costo de varios planes de seguro privado y sociales. La contención de costo es importante para controlar los costos en relación con la cobertura del seguro de salud (esto es, los efectos del riesgo subjetivo).

Indicadores de sustentabilidad

Sustentabilidad financiera

- ▲ Porcentaje de todo el sistema de salud financiado con ingresos tributarios
- ▲ porcentaje del sistema de salud público financiado con ingresos tributarios
- ▲ Gasto público en salud como porcentaje de presupuesto total del gobierno
- ▲ Gasto público en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB)
- ▲ Porcentaje del gasto total en salud financiado por donantes
- ▲ Porcentaje del gasto público en salud financiado por donantes
- ▲ Porcentaje del gasto ordinario en salud financiado por donantes
- ▲ Porcentaje del gasto público en salud orientado a la atención primaria
- ▲ Porcentaje del gasto público en salud orientado a la medicina preventiva
- ▲ Porcentaje del gasto público en salud orientado a los servicios de salud maternoinfantil

Sustentabilidad institucional

- ▲ Médicos extranjeros como porcentaje de todos los médicos
- ▲ Número de meses de la asistencia técnica extranjera financiada por donantes
- ▲ Gastos de donantes en asistencia técnica como porcentaje de todos los gastos en salud de los donantes

2.5 Indicadores de sustentabilidad

2.5.1 Definición de sustentabilidad

Al nivel de un sistema de salud, la “sustentabilidad” se refiere a la capacidad del sistema de continuar exitosamente con sus actividades normales en el futuro, en caso de suspenderse la ayuda extranjera. La mayoría de las definiciones de sustentabilidad también incluyen el requisito adicional de que el sistema debe ser capaz de aumentar sus actividades en el grado necesario para cubrir los aumentos generados por el crecimiento demográfico y económico. La sustentabilidad incluye dos dimensiones: la financiera y la institucional. La primera se refiere a la capacidad del sistema de salud de reemplazar los fondos de donantes supendidos con fondos de terceros, normalmente internos. La segunda se refiere a la capacidad del sistema, si está debidamente financiado, de reunir y manejar los recursos no financieros necesarios para llevar adelante sus actividades normales.

2.5.2 Análisis de la sustentabilidad

El concepto de sustentabilidad también se puede aplicar a un proyecto, donde se originó este concepto, y a las instituciones dentro de un sistema de salud (por ej., un ministerio de salud, una organización no gubernamental). En el caso de un proyecto, la sustentabilidad se refiere a la capacidad del adjudicatario de movilizar recursos para financiar los costos ordinarios de un proyecto una vez terminado (esto es, una vez que ha finalizado la fase de inversión del proyecto) y movilizar la experiencia técnica para continuar con la actividad respaldada por el programa.

En el caso de un proyecto relacionado con una institución, el concepto de sustentabilidad se refiere a la capacidad de la institución de sobrevivir y continuar prestando los servicios que había proporcionado en el pasado (y posiblemente ampliar sus operaciones para cubrir el crecimiento de la demanda) una vez que concluye la ayuda extranjera. El concepto de sustentabilidad institucional rara vez se aplica a instituciones comerciales, ya que se acepta que las operaciones normales de los mercados y la competencia hagan fracasar un cierto porcentaje de éstas dentro de un año determinado.

Las inversiones de los donantes a menudo se concentran en la atención primaria, en especial en intervenciones orientadas a la salud de mujeres y niños. Existe la creencia generalizada de que los gobiernos tienden a restringir estos tipos de servicios, en beneficio de los servicios hospitalarios, cuando se enfrentan con restricciones presupuestarias. Para los donantes, por lo tanto, la sustentabilidad del sistema de salud a menudo se traduce en la sustentabilidad de los programas en que invirtieron; el concepto operativo de la sustentabilidad de un sistema se sitúa en algún punto entre la preocupación por la viabilidad del sistema de salud global y la sustentabilidad de los programas especialmente vulnerables.

2.5.3 Indicadores de sustentabilidad

En la actualidad, la mayoría de las reformas del sector salud orientadas hacia el desempeño del sistema de salud (a diferencia de un proyecto o institución individual) se han centrado en la sustentabilidad financiera. Pero en algunos casos (países muy pobres, economías en transición, por ejemplo), las instituciones que componen el sistema de salud posiblemente no sean sustentables al no recibir una asistencia técnica permanente de parte de los donantes.

(1) Sustentabilidad financiera

- ▲ Porcentaje de todo el sistema de salud financiado con ingresos tributarios
- ▲ Porcentaje del sistema de salud público financiado con ingresos tributarios

El financiamiento fiscal, ya sea a partir de presupuestos centrales o de presupuestos de un gobierno provincial o local, ha demostrado ser una fuente de financiamiento vulnerable por diversas razones. En primer lugar, para muchos países en desarrollo resulta difícil movilizar ingresos suficientes de su sistema tributario para cubrir la creciente demanda por servicios de salud (es decir, su capacidad tributaria es débil). En segundo lugar, el financiamiento fiscal a través de los impuestos generales (al igual que el financiamiento de los hogares en países muy pobres) puede ser difícil de mantener durante fases descendentes de la actividad económica. En tercer lugar, el financiamiento estatal está sujeto a influencias políticas. Hay fuentes de financiamiento alternativas que pueden ser más sustentables, por ej., impuestos al empleo (seguro social), seguro de salud privado, financiamiento de los empleadores (o prestación directa de servicios de salud por los empleadores) y tarifas a los usuarios.

Si bien estos indicadores se proponen como medidas de la sustentabilidad, también tienen una dimensión de eficiencia. Recientes estudios realizados en los Estados Unidos y en otros países indican que la carga adicional (“costo de distorsión” o “pérdida de eficiencia”) que representa recaudar un dólar de ingresos públicos es significativa. En los Estados Unidos, por ejemplo, se ha estimado que la carga adicional impuesta a la economía por la recaudación de un dólar de ingreso adicional fluctúa entre US\$0,17 y US\$0,57.

Para efectos del cálculo de este indicador, el financiamiento de los donantes se podría tratar como parte del financiamiento estatal.

- ▲ Gasto público en salud como porcentaje de presupuesto total del gobierno
- ▲ Gasto público en salud como porcentaje del PIB

El financiamiento estatal, según se indicaba anteriormente, es una parte especialmente vulnerable del financiamiento de un sistema de salud. Resulta ya común examinar las recientes tendencias en el gasto público en salud como base para determinar la sustentabilidad futura del sistema.

- ▲ Porcentaje del gasto total en salud financiado por donantes
- ▲ Porcentaje del gasto público en salud financiado por donantes
- ▲ Porcentaje del gasto ordinario en salud financiado por donantes

Son medidas que normalmente se usan para medir el grado en que un sistema de salud ha alcanzado la sustentabilidad financiera. En el cálculo de estos indicadores, el financiamiento de los donantes debe limitarse a las donaciones (es decir, se debe incluir sólo aquella parte de los préstamos que representan subsidios). Una desventaja importante de estos indicadores es que se ven afectados por las fluctuaciones de los tipos de cambio (o por la inflación, si el tipo de cambio es fijo).

- ▲ Porcentaje del gasto público en salud orientado a la atención primaria
- ▲ Porcentaje del gasto público en salud orientado a la medicina preventiva
- ▲ Porcentaje del gasto público en salud orientado a los servicios de salud materno-infantil

Según se indicaba más arriba, éstas son las áreas que los gobiernos tienden a recortar cuando sus presupuestos se ven severamente restringidos, y son también las fuentes de financiamiento para muchos de los programas desarrollados por inversiones de donantes. Si bien estos indicadores se pueden usar eficazmente para monitorear la sustentabilidad de todo el sistema, es importante admitir que las comparaciones entre países pueden llevar a conclusiones muy erradas. Los sistemas de salud difieren significativamente en su acepción de la atención primaria, medicina preventiva y servicio materno-infantiles para propósitos de contabilidad y en cómo asignan los costos a través de las diversas categorías.

(1) Sustentabilidad institucional

- ▲ Médicos extranjeros como porcentaje de todos los médicos
- ▲ Cantidad de meses de la asistencia técnica extranjera financiada por donantes
- ▲ Gastos de donantes en asistencia técnica como porcentaje de todos los gastos en salud de los donantes

Estos indicadores se pueden rastrear a través del tiempo para mostrar el grado de dependencia de un sistema de salud en los recursos humano foráneos. El primer indicador no necesariamente muestra falta de sustentabilidad de algunos países (por ej., en muchos de los estados del Golfo históricamente se han mantenido altos porcentajes de médicos extranjeros). El segundo indicador es una medida más directa de la dependencia en la asistencia técnica extranjera. Sin embargo, es un indicador absoluto y por consiguiente no se puede usar válidamente para hacer comparaciones entre países. El tercer indicador es un indicador relativo, pero puede llevar a conclusiones erradas, ya que algunos donantes prefieren mayores componentes de asistencia técnica que otros (y la importancia relativa de los donantes individuales fluctúa considerablemente entre los distintos países).

3. Preparación de una lista de indicadores seleccionados

3.1 Introducción

El número de indicadores analizados en las secciones anteriores es demasiado grande para ser utilizada en la práctica. Una lista más breve de 10 a 20 indicadores sería adecuada para entregar una caracterización válida del desempeño de un determinado sistema de salud. Existen diversos enfoques alternativos para reducir la lista total de indicadores a una lista de seleccionados o de selección final. El procedimiento más común para este efecto es citar a una reunión, durante la cual se analizará la lista completa y se hará un esfuerzo para llegar a una lista final a través de una discusión de grupo. Si bien se sabe que en reuniones bien conducidas se ha llegado a tal resultado, las decisiones adoptadas tienen el riesgo de reflejar un alto grado de subjetividad. Un proceso alternativo más orientado cuantitativamente, pero que también es un ejercicio de grupo, procedería de la siguiente manera:

- ▲ Se cita a una reunión de expertos para analizar y llegar a acuerdo respecto a las siguientes tres decisiones: 1) el número ideal de indicadores que debe contener la lista final; 2) los criterios a usar para evaluar los indicadores individuales; y 3) la ponderación que se dará a cada uno de estos criterios. (Antes de la reunión, se debe elaborar una lista borrador de los criterios, junto con las sugerencias sobre cómo calificar el desempeño de un indicador en relación a cada criterio. El objetivo de la reunión sería finalizar esta distribución).
- ▲ Después de la primera reunión, se hará llegar una lista de indicadores a los expertos, solicitándoles que evalúen cada uno de los indicadores en relación a los criterios acordados durante la primera reunión. Luego se tabularán las puntuaciones de los expertos y se presentarán al mismo grupo durante una segunda reunión. El análisis de esta segunda reunión se centrará en la definición más exacta de la lista final de indicadores que emergió de este proceso, al igual que en los casos donde no se llegó a acuerdo sobre los indicadores individuales (según se vio reflejado en la varianza de las puntuaciones asignadas). En la segunda reunión se intentará llegar a un acuerdo sobre una lista final viable.

En lo que resta de esta sección, se analizarán los posibles criterios para usar en la evaluación de los indicadores y se entregará un ejemplo de la metodología de puntuación cuantitativa recién propuesta.

3.2 Criterios para evaluar indicadores individuales

En los textos que versan sobre evaluación (por ej., Bertrand, Magnani y Rutenberg 1996), se sugiere que los indicadores sean seleccionados de acuerdo a los siguientes criterios:

- ▲ **Validez.** ¿Mide lo que se supone debe medir? Gran parte del análisis de los indicadores alternativos de la Sección 2 (más arriba) se centra en si el indicador es válido de una dimensión en particular del desempeño del sistema de salud.

- ▲ **Precisión.** ¿Está el indicador definido de manera clara y sin ambigüedades? Por ejemplo, si el indicador se refiere a los gastos estatales, ¿debe basarse en los gastos ordinarios, gastos de capital o gastos totales?
- ▲ **Confiabilidad.** ¿Producirán el mismo resultado dos mediciones del indicador para el mismo sistema de salud? Este aspecto es particularmente problemático cuando el indicador se basa en evaluaciones subjetivas o cuando se producen grandes problemas de muestreo, como en el caso de las encuestas de hogares.
- ▲ **Oportunidad.** ¿Está el indicador disponible anualmente y sin demoras indebidas? Este problema se presenta con indicadores que requieren encuestas de hogares o dependen de estadísticas estatales, las que se publican con un retraso de varios años.
- ▲ **Posibilidad de comparación.** ¿Se puede usar el indicador para comparar válidamente los sistemas de salud entre los países? A este criterio se le otorgará una ponderación mayor o menor, dependiendo del objetivo primario que deba cumplir el indicador.
- ▲ **Posibilidad de agregación.** ¿Es posible aplicar el indicador sin dificultad y válidamente a subregiones y subgrupos de la población (por ej., género, ingreso)?
- ▲ **Interpretabilidad.** ¿Un valor más alto (o más bajo) del indicador implica constantemente que un sistema de salud se desempeña mejor? Algunos indicadores son difíciles de interpretar, porque valores ya sea relativamente altos o bajos pueden significar indistintamente un desempeño deficiente (por ej., el porcentaje de los gastos ordinarios que absorben los medicamentos).
- ▲ **Costo.** ¿Es manejable el costo? A menudo existe una solución de compromiso inevitable entre el costo, por una parte, y la validez, confiabilidad y oportunidad, por la otra.

Además de las consideraciones anteriores, es deseable que todos los indicadores sean expresados más bien en términos relativos y no absolutos (es decir, porcentajes o razones en lugar de números brutos) para facilitar la posibilidad de comparación. Además, el número final de indicadores debe ser lo más reducido posible para reflejar adecuadamente las diversas dimensiones de desempeño. Los indicadores nunca son direccionales (por ej., “ingreso por aumento de tarifas”); ésa es la función de los objetivos.

3.3 Un ejemplo de puntuación de indicadores

En el Cuadro 2 se enumeran los indicadores de eficiencia del sistema de la salud (analizados en la sección 2.4.3), entregando una puntuación *hipotética* de cada indicador de acuerdo a los criterios enumerados en la sección anterior (5 es la puntuación más alta otorgada y 1 la más baja).⁶ Por ejemplo, el indicador “Visitas de pacientes ambulatorios por hora de trabajo de médico” recibe una puntuación relativamente baja para Validez (no refleja la utilización de otros insumos, como trabajo no médico y capital), pero altas puntuaciones para otros criterios (está claramente definido y entrega resultados coherentes; proporciona una base para hacer comparaciones entre establecimientos, áreas geográficas y aun entre países; es fácil de interpretar y se puede calcular a un bajo costo con información sobre el sistema de salud prontamente disponible).

⁶ En una aplicación realista, en la cual cada miembro de un grupo de expertos calificó los indicadores, las puntuaciones originales se presentarían como desviaciones media y estándar, donde la primera sirve como puntuación y la última como un indicador del grado de consenso entre los expertos.

El indicador “Costo por visita de paciente ambulatorio” es una medida más válida de eficiencia (refleja el uso de otros insumos), pero su cálculo es oneroso (requiere datos sobre costos), puede ser poco confiable (si se utilizan supuestos distintos para estimar los costos) y no es apto para comparaciones a nivel internacional (debido al problema de comparación de los costos con diferentes monedas).

En el Cuadro 3 (vea la página 59) se enumeran nuevamente los indicadores (columna 1) y se presenta la suma no ponderada de sus puntuaciones originales del Cuadro 2 (columna 2; el valor máximo es 40), como asimismo su jerarquización ordinal en base a esta suma no ponderada (columna 3). En el Cuadro 3 también se enumera una suma ponderada⁷ (enteramente hipotética) de las puntuaciones originales (columna 4; nuevamente el valor máximo es 40) y su jerarquización de acuerdo a esta suma ponderada (columna 5). Se puede utilizar la ponderación en caso de que algunos criterios sean considerados más importantes que otros (o sea, Validez y Costo en este ejemplo hipotético).⁸ En el Cuadro 3 se muestra cómo usar esta metodología para determinar una lista final de selección de los indicadores, como asimismo la potencial sensibilidad del procedimiento frente al esquema de ponderación utilizado (es decir, no muy sensible en este ejemplo hipotético).

Al examinar las jerarquizaciones del Cuadro 3, resulta claro que los indicadores similares a menudo se ordenan juntos. Por ejemplo, los dos indicadores de máxima jerarquía (no ponderada) son “Visitas de pacientes ambulatorios por hora de trabajo de médico” y “Visitas de pacientes ambulatorios por hora de trabajo de enfermera”. Dado que ambos indicadores son medidas de la productividad laboral, sería poco provechoso incluir a ambos en la lista final seleccionada. Si no se ponderan los criterios de manera diferente, los resultados del Cuadro 3 indican que una lista final adecuada de indicadores de eficiencia podría incluir:

- ▲ Visitas de pacientes ambulatorios por hora de trabajo de médico
- ▲ Costos de personal como porcentaje del gasto ordinario total en salud
- ▲ Número de enfermeras por médico
- ▲ En todos los establecimientos se cobran tarifas (sí/no)
- ▲ El sistema de salud público usa una lista de medicamentos básicos en la adquisición(sí/no)
- ▲ Duración promedio de una estadía en hospital⁹
- ▲ Tasa de ocupación de camas de hospital

En el caso de valores ponderados, los resultados del Cuadro 3 parecen indicar que los siguientes indicadores podrían ser una lista final de selección para la eficiencia:

- ▲ Costos de personal como porcentaje del gasto ordinario total en salud

⁷Las ponderaciones hipotéticas son las siguientes: Validez (3,0); Precisión, Confiabilidad, Oportunidad, Posibilidad de Agregación e Interpretabilidad (0,5); y Costo (2,0).

⁸ De manera alternativa, si los indicadores se van a usar principalmente para la comparación del desempeño de los sistemas de salud entre países, sería importante otorgarle una mayor ponderación al criterio de Posibilidad de comparación.

⁹ Los indicadores en letra cursiva son aquellos exclusivos para la lista final condensada no ponderada.

- ▲ Relación entre visitas de pacientes ambulatorios y costos de personal¹⁰
- ▲ Se cobran tarifas en todos los establecimientos (sí/no)
- ▲ Número de enfermeras por médico
- ▲ Visitas de pacientes ambulatorios por hora de trabajo de médico
- ▲ El sistema de salud público usa una lista de medicamentos básicos en la adquisición (sí/no)
- ▲ Los niveles de las tarifas promueven la eficiencia (sí/no)

¹⁰ Los indicadores en letra cursiva son aquellos exclusivos para la lista final condensada no ponderada.

Cuadro 2. Puntuaciones individuales por criterio para los indicadores de la eficiencia del sistema de salud (5 = Alta, 1 = Baja)

	Validez	Precisión	Confiabilidad	Oportunidad	Posibilidad de comparación	Posibilidad de agregación	Interpretabilidad	Costo
Visitas de pacientes ambulatorios por hora de trabajo de médico	3	5	5	5	5	5	5	5
Visitas de pacientes ambulatorios por médico	2	5	5	5	5	5	5	5
Visitas de pacientes ambulatorios por hora de trabajo de enfermera	3	5	5	5	5	5	5	5
Visitas de pacientes ambulatorios por enfermera	2	5	5	5	5	5	5	5
Relación entre visitas de pacientes ambulatorios y costos de personal	4	5	5	5	3	5	5	5
Costo por visita de paciente ambulatorio	5	4	3	4	3	5	5	3
Costo de operación por visita de paciente ambulatorio	4	4	3	4	3	5	5	3
Costo por día de cama de hospital	4	4	3	4	3	5	4	3
Costo por admisión al hospital	4	4	3	4	3	5	4	3
Porcentaje de visitas de pacientes ambulatorios obtenidas del sector privado	3	4	3	3	4	4	4	3
Camas de hospital privado como porcentaje del total	3	4	3	5	5	5	4	5
Costo de personal como porcentaje del gasto ordinario total en salud	5	5	5	4	5	5	3	5
Gastos en medicamentos y suministros como porcentaje del gasto ordinario total en salud	5	5	5	4	5	5	3	5
Número de enfermeras por médico	4	5	5	5	5	5	3	5
Número de enfermeras por cama de hospital	4	5	3	5	3	5	3	5
Número de médicos por cama de hospital	4	5	3	5	3	5	3	5
Relación entre el sueldo promedio de un trabajador de la salud pública con una determinada experiencia y el ingreso de un trabajador comparable de la salud privada	4	4	3	4	4	4	4	3
Los sueldos de los trabajadores de la salud pública se pagan puntualmente (sí/no)	3	2	2	4	3	2	5	4

Cuadro 2. Puntuaciones individuales por criterio para los indicadores de la eficiencia del sistema de salud (5 = Alta, 1 = Baja)

	Validez	Precisión	Confiabilidad	Oportunidad	Posibilidad de comparación	Posibilidad de agregación	Interpretabilidad	Costo
Existen incentivos de desempeño adecuados para el personal de la salud pública (sí/no)	4	3	3	4	3	2	5	4
Los trabajadores de la salud pública están autorizados a emplearse en una práctica privada (sí/no)	2	4	4	4	4	2	3	5
Gasto en medicamentos genéricos como porcentaje del gasto total en medicamentos	4	4	4	3	4	2	4	4
El sistema de salud público usa una lista de medicamentos básico en la adquisición (sí/no)	4	5	5	5	5	2	5	5
Porcentaje del presupuesto ordinario de salud del gobierno que se gasta en servicios de salud públicos	4	3	3	3	4	3	5	5
Gasto en atención primaria como porcentaje de los gastos recurrentes	3	3	4	3	4	3	2	5
En todos los establecimientos se cobran tarifas (sí/no)	4	5	5	5	5	3	5	5
Los niveles de las tarifas promueven la eficiencia (sí/no)	5	3	3	5	5	3	5	4
El sistema de remisión funciona eficazmente(sí/no)	5	3	3	5	5	3	5	4
Duración promedio de las estancias de pacientes hospitalizados	3	5	5	5	3	5	3	5
Tasa de ocupación de camas de hospital	3	5	5	5	3	5	3	5
Porcentaje de asegurados inscritos en planes que usan copagos y deducibles, planes de atención controlada o planes sujetos a presupuestos globales	4	4	4	4	4	2	5	4

Cuadro 3. Rangos y sumas ponderadas y sin ponderar¹ de puntuaciones por criterio individual del Cuadro 2.

	Suma sin ponderar	Rango de suma sin ponderar	Suma ponderada ¹	Rango de suma ponderada
Visitas de pacientes ambulatorios por hora de trabajo de médico	38	1	34	3
Visitas de pacientes ambulatorios por médico	37	2	31	10
Visitas de pacientes ambulatorios por hora de trabajo de enfermera	38	1	34	3
Visitas de pacientes ambulatorios por enfermera	37	2	31	10
Relación entre visitas de pacientes ambulatorios y costos de personal	37	2	36	2
Costo por visita de paciente ambulatorio	32	6	33	6
Costo de operación por visita de paciente ambulatorio	31	7	30	12
Costo por día de cama de hospital	30	8	29,5	13
Costo por admisión hospitalaria	30	8	29,5	13
Porcentaje de visitas de pacientes ambulatorios obtenidos del sector privado	28	10	26	16
Camas de hospitales privados como porcentaje del total	34	4	32	8
Costos de personal como porcentaje de todos los gastos ordinarios en salud	37	2	38,5	1
Gastos en medicamento e insumos como porcentaje de todos los gastos ordinarios en salud	37	2	38,5	1
Número de enfermeras por médico	37	4	36	2
Número de enfermeras por cama de hospital	33	5	34	5

¹ Las ponderaciones son las siguientes: Validez (2.0), Precisión (0.5), Confiabilidad (0.5), Oportunidad (0.5), Posibilidad de comparación (0.5), Posibilidad de agregación (0.5), Interpretabilidad (0.5) y Costo (2.0).

Cuadro 3 (continuación)				
Ranfos y sumas ponderadas y sin ponderar de puntuaciones por criterio individual del Cuadro 3-1				
	Suma sin ponderar	Rango de suma sin ponderar	Suma ponderada¹	Rango de suma ponderada
Número de médicos por cama de hospital	33	5	34	5
Relación entre el sueldo promedio de un trabajador de la salud pública con una determinada experiencia y el ingreso de un trabajador comparable de la salud privada	30	8	29,5	13
Los sueldos de los trabajadores de la salud pública se pagan puntualmente (sí/no)	25	12	26	16
Existen incentivos de desempeño adecuados para el personal de la salud pública (sí/no)	28	10	30	
Los trabajadores de la salud pública están autorizados a emplearse en una práctica privada(sí/no)	28	10	26,5	15
Gasto en medicamentos genéricos como porcentaje del gasto total en medicamentos	29,0	9	30,5	11
El sistema de salud público usa una lista de medicamentos básico en la adquisición (sí/no)	36	3	35,5	3
Porcentaje del presupuesto ordinario del gobierno que se gasta en servicios de salud públicos	30	8	32,5	7
Gastos en atención primaria como porcentaje de los gastos ordinarios	27	11	28,5	14
En todos los establecimientos se cobran tarifas (sí/no)	37	2	36	2
Los niveles de las tarifas promueven la eficiencia	33	5	35	4
El sistema de remisión funciona eficazmente (sí/no)	33	5	35	4
Duración promedio de las estadías de pacientes hospitalizados	34	4	32	8
Tasa de ocupación de camas de hospital	34,0	4	32	8
Porcentaje de asegurados inscritos en planes que usan copagos y deducibles, planes de atención controlada o planes sujetos a presupuestos globales	31	7	31,5	9

Bibliografía

Abt Associates Inc. 1995. *Partnerships for Health Reform: Strategy Statement: Strategy Statement*. Bethesda, MD: Proyecto de Colaboración para la Reforma de la Salud, Abt Associates Inc.

Proyecto BASICS. 1996. Core Indicators for Child Health and Nutrition Interventions. Borrador. Arlington, VA: Proyecto BASICS.

Berman, Peter (ed.) 1995. *Health Sector Reform in Developing Countries: Making Health Development Sustainable*. Harvard Series on Population and International Health. Boston, MA: Harvard University Press.

Bertrand, Jane. 1995. *Data on Services: Experience in the Population Field*. Estudio preparado para el taller de Prioridades en la Recopilación Datos para la Información sobre Población y Salud en Países en Desarrollo, Comité sobre Población, National Academy of Sciences/National Research Council, Washington, DC (14–15 de septiembre de 1995).

Bertrand, Jane T., Robert J. Magnani y James C. Knowles. 1994. *Handbook of Indicators for Family Planning Program Evaluation*. Chapel Hill, NC: Proyecto EVALUATION.

Bertrand, Jane T., Robert J. Magnani y Naomi Rutenberg. 1996. *Evaluating Family Planning Programs, with Adaptions for Reproductive Health*. Chapel Hill, NC: Proyecto EVALUATION .

Bertrand, Jane T. y Amy Tsui (eds.). 1995. *Indicators for Reproductive Health Program Evaluation*. Chapel Hill, NC: Proyecto EVALUATION.

Black, Robert E. 1995. *Data for Program Evaluation: Performance and Impact*. Estudio preparado para el taller de Prioridades en la Recopilación de Datos para la Información Sobre Población y Salud en Países en Desarrollo, Comité sobre Población, National Academy of Sciences/National Research Council, Washington, DC (14–15 de septiembre de 1995).

Borus, Michael E., C. Gregory Buntz y William R. Tash. 1982. *Evaluating the Impact of Health Programs: A Primer*. Cambridge, MA: Massachusetts Institute of Technology Press.

Bossert, Thomas, Peter Berman y Christine Costello. 1995. Health Sector Reform in the Americas: Data-Based Indicators. Borrador. Boston, MA: Data for Decision Making Project, Harvard University School of Public Health.

Bruce, Judith. 1990. Fundamental Elements of the Quality of Care: A Simple Framework. *Studies in Family Planning* 21(2):61–91.

Donabedian, Avedis. 1980. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.

Dunlop, David W. y Jo M. Martins (eds.). 1995. *An International Assessment of Health Care Financing*. Serie de seminarios de EDI. Washington, DC: Instituto de Desarrollo Económico del Banco Mundial.

Gaumer, Gary. 1996. A Framework and Process for Establishing Indicators of Health Sector Reforms. Borrador. Bethesda, MD: Proyecto de Colaboración para la Reforma de la Salud, Abt Associates Inc.

Hammer, Jeffrey y Peter Berman. 1995. Ends and Means in Public Health Policy in Developing Countries, en P. Berman, ed., *Health Sector Reform in Developing Countries: Making Health Development Sustainable*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Health and Human Resource Analysis for Africa Project. 1996. *Population and Health Indicators: A Tool for Results Framework*. Washington, DC: Health and Human Resource Analysis for Africa Project, (Proyecto de Análisis de los Recursos Humanos y de Salud en África), Oficina para África, Agencia Norteamericana para el Desarrollo Internacional.

- The Johns Hopkins University. 1995. *Instrument for Assessing Child Survival Intervention Programs*. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University, School of Hygiene and Public Health.
- Kenney, Genevieve M. 1993. *Assessing Legal and Regulatory Reform in Family Planning: Manual on Legal and Regulatory Reform*. Washington, DC: Options for Policy Reform Project, (Proyecto de Opciones para la Reforma de Políticas), The Futures Group.
- Leighton, Charlotte. 1996. Strategies for Achieving Health Financing Reform in Africa. *World Development* 24(9):1511–1525.
- New England Hedis Coalition. 1996. *1994 Performance Profile*. Boston, MA: New England Hedis Coalition c/o John Hancock Mutual Life Insurance Company.
- POPTECH. 1995. Family Planning Program Financial Sustainability Assessment Tool. Borrador. Arlington, VA: Proyecto POPTECH.
- Rational Pharmaceutical Management Project and Latin American and Caribbean Health and Nutrition Sustainability Project (Proyecto de Manejo Farmacéutico Racional y Proyecto de Sustentabilidad de la Salud y Nutrición en América Latina y El Caribe). 1994. *Pharmaceutical Indicators: A Methodology for Rapidly Assessing Key Aspects of Drug Performance*. Arlington, VA: Management Sciences for Health.
- Reinke, William A. 1988. *Health Planning for Effective Management*. New York: Oxford University Press.
- Robertson, Robert L. 1991. *Health Care Financing Indicators*. Washington, DC: Latin American and Caribbean Health and Nutrition Sustainability Project (Proyecto de Sustentabilidad de la Salud y Nutrición en América Latina y El Caribe), ISTI/URC.
- Setzer, James C. y Sujata Ram. 1997. *Indicators of Health Policy Reform in Less Developed Countries. Partnerships for Health Reform Project. (Proyecto de Colaboración para la Reforma de la Salud)*. Atlanta, GA: Rollins School of Public Health, Emory University.
- Stinson, Wayne. 1995. *Data for Quality Management*. Estudio Preparado para el Taller de Prioridades en la Recopilación de Datos para la Información Sobre Población y Salud en Países en Desarrollo, Comité sobre Población, National Academy of Sciences/National Research Council, Washington, DC (14–15 de septiembre de 1995).
- Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. 1995. Strategic Plan: Center for Population, Health and Nutrition. Borrador (29 de marzo de 1995). Washington, DC: Oficina para Programas Globales, Soporte en Terreno e Investigación, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.
- Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. 1989. *U.S.A.I.D. Evaluation Handbook*. U.S.A.I.D. Informe No. 7 sobre Metodología de Evaluación y Diseño de Programas. Washington, DC: Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.
- Veney, James E. y Arnold D. Kaluzny. 1991. *Evaluation and Decision Making for Health Services*. Segunda edición. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- Walt, G. 1994. *Health Policy: An Introduction to Process and Power*. Johannesburg, Sudáfrica: Witwatersrand University Press.
- Banco Mundial. 1993. *Informe de Desarrollo Mundial 1993: Inversión en Salud*. Washington, DC: Banco Mundial.
- Organización Mundial para la Salud. 1981. *Health Programme Evaluation: Guiding Principles for its Application in the Managerial Process for National Health Development*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial para la Salud.
- Organización Mundial para la Salud. 1993. *Indicators to Monitor Maternal Health Goals*. Informe de un Grupo de Trabajo Técnico. Ginebra, Suiza: Organización Mundial para la Salud.
- Wouters, Annemarie. 1994. *Quality and Costs in Health Care Service Delivery for Developing Countries*. Bethesda, MD: Quality Assurance Project (Proyecto de Control de Calidad), University Research Corporation.